TRATTATO DI MEDICINA

VOLUME SESTO, PARTE TERZA

TRATTATO

DI

MEDICINA

PUBBLICATO SOTTO LA DIREZIONE

DI

CHARCOT
Professore di Clinica delle malattie nervose
alla Facoltà di Medicina di Parigi
Membro dell'Istituto

BOUCHARD
Professore di Patologia generale
alla Facoltà di Medicina di Parigi
Membro dell'Istituto

BRISSAUD
Professore aggregato alla Facoltà di Medicina di Parigi
Medico dell'Ospedale di S. Antonio

TRADUZIONE ITALIANA

Riveduta dal Dr B. SILVA

Professore di Clinica medica propedeutica e Patologia speciale medica dimostrativa
nella R. Università di Pavia.

**Arricchita di Aggiunte e Annotazioni originali italiane
dettate da distinti Clinici e Patologi.**

VOLUME SESTO

(PARTE TERZA)

PARALISI GENERALE PROGRESSIVA — LE PSICOSI
Traduzione dei Dottori F. MAFFI, e V. COLLA
riveduta ed arricchita di Aggiunte e di Note dal Prof. ENRICO MORSELLI

COREE — PARALISI AGITANTE — MALATTIA DI THOMSEN
Traduzione del Dottor V. COLLA

NEURASTENIA, EPILESSIA, ISTERISMO
Traduz. dei Dottori F. MAFFI e A. ZUBIANI

APPENDICE originale italiana

Vertigini auricolari in generale e Malattia o sindrome di Menière (*G. Gradenigo*)
Polso raro permanente (*V. Colla*), **Tetano, Emicrania** (*B. Silva*)
Emiatrofia della faccia, Crampi professionali (*G. Pacetti*)
Acinesia (apraxia) algera (Möbius) (*G. Mingazzini*) **e Mal di mare** (*F. Rho*)
Indice generale alfabetico (*Giuseppe Cao*)

TORINO
UNIONE TIPOGRAFICO-EDITRICE
33 — VIA CARLO ALBERTO — 33
1897

TRATTATO DI MEDICINA

PARALISI GENERALE PROGRESSIVA

di GILBERTO BALLET e PAOLO BLOCQ

Traduzione italiana del Dottor FABRIZIO MAFFI

riveduta ed annotata dal Professore ENRICO MORSELLI

Direttore della Clinica psichiatrica di Genova.

PARALISI GENERALE PROGRESSIVA

di GILBERTO BALLET e PAOLO BLOCQ

SINONIMIA: Arachnitis cronica e meningite cronica (BAYLE). — Paralisi generale incompleta (DELAYE). — Paralisi generale degli alienati o periencefalomeningite cronica diffusa (CALMEIL). — Follia paralitica (PARCHAPPE [e FALRET]). — Paralisi generale progressiva (REQUIN, MUNIER, SANDRAS). — Atassia psicomotrice (LUNIER). — Demenza paralitica (BAILLARGER). — Encefalite cronica interstiziale diffusa (MAGNAN). — [Periencefalite cronica (Varii autori). — Paralisi progressiva (ID.). — Paralisi generale tipica o classica (SCHÜLE). — Paraphrenia paralytica progressiva (LEVINSTEIN-SCHLEGEL). — Vesania paralytica progressiva (ARNDT). — Dementia paralytica (KRAEPELIN). — Frenosi paralitica (A. VERGA). — Psicopatia paralitica (MORSELLI) (E. M.)].

Definizione. — La paralisi generale è un'affezione del sistema nervoso, più specialmente del cervello, la quale pare svilupparsi sotto l'azione di *cause* multiple, in capo alle quali viene posta la sifilide, e verosimilmente anche l'alcoolismo; è accompagnata da *lesioni* costanti, di natura irritativa e diffuse quanto alla sede, occupanti l'encefalo ed i suoi involucri, il bulbo, il midollo; e si presenta *clinicamente* con decorso apiretico, con sintomi numerosi e varii, fra cui i più comuni e i più caratteristici sono: l'indebolimento progressivo dell'intelligenza, delirii con carattere espansivo o depressivo, paresi pupillare, impaccio nel parlare, disturbi motori consistenti in tremore, atassia, e finalmente paresi muscolare (*a*).

Storia. — La scoperta della paralisi generale come malattia a sè avente le sue proprie lesioni, i suoi proprii sintomi ed un suo particolare decorso, data dal 1822. Essa è dovuta a Bayle (1), e sarebbe giusto dare a questa malattia il di lui nome, [poichè è, certo, la più grande scoperta della Neuropatologia durante tutto il secolo (E. M.)].

Prima di questo tempo si erano osservati degli individui affetti da paralisi generale, e si erano notate alcune delle particolarità che la loro malattia presenta, ma non si era saputo isolare questa entità morbosa dalle altre specie

(*a*) [Questa definizione degli Autori può, come tutte le definizioni, essere variamente criticata. Non è vero, ad esempio, che il decorso della psicopatia paralitica sia *sempre apiretico:* gli infermi hanno a quando a quando, come si vedrà, periodi più o meno lunghi di innalzamento o di abbassamento termico. Anche la *natura irritativa delle lesioni* non è ammessa da tutti gli anatomici, e specialmente da quelli che sostengono trovarsene il punto di partenza nella degenerazione delle cellule ganglionari nervose (Pierret, Kronthal, ecc.). Rispetto poi all'eziologia, i dissensi sono anche maggiori: molti alienisti e nevrologi, soprattutto francesi, vogliono che le forme paralitiche causate dalla sifilide e dall'alcoolismo (cui si potrebbe aggiungere il maidismo o intossicamento pellagrogeno) siano tenute separate dalla vera paralisi generale tipica, e le designano pertanto come " pseudoparalisi ". Tuttavia fatte queste riserve, la definizione degli Autori, massime per riguardo all'importanza data all'*indebolimento progressivo dell'intelligenza*, che è la vera caratteristica psicopatologica della malattia, è da accettarsi nelle sue linee generali (E. MORSELLI)].

(1) BAYLE, Thèse de Paris, 1822.

nosografiche allora ammesse. Certe descrizioni mostrano però che alcuni autori si erano molto accostati alla scoperta di Bayle. Una delle più notevoli è quella di Haslam (1), farmacista all'ospedale di Bedlam (*a*): essa data dal 1798. " Le affezioni paralitiche, egli dice, più frequentemente di quanto si creda sono una causa di follia, e sono anche un effetto molto comune della mania. I paralitici presentano ordinariamente lesioni nella locomozione indipendente dalla follia; la parola è impacciata, la bocca è deviata, le braccia e le gambe più o meno prive di movimenti volontari e nella maggior parte dei casi la memoria è notevolmente indebolita. Questi ammalati in generale non hanno il senso della posizione in cui si trovano. Sono deboli al punto da non potersi reggere, e si dicono molto signori e capaci dei più grandi sforzi. Per quanto un tale stato possa inspirare pietà all'osservatore, è una fortuna per il paziente d'essere invaso da un orgoglio, da un concetto di sè tanto maggiore quanto più misero è il suo stato. Nessuno di questi ammalati ha presentato un miglioramento all'ospedale, nè — secondo mie indagini — negli stabilimenti dove in seguito sono stati ricoverati; ho trovato costantemente ch'essi erano morti improvvisamente d'apoplessia, o che erano caduti nell'imbecillità o nel marasma in seguito ad attacchi ripetuti ".

Esquirol (2) nel 1816 aveva già notato che in certi individui si osserva paralisi con disturbi nella parola e talvolta con escare. Ma, secondo lui, si trattava d'una complicazione della follia, nè più nè meno di quanto possono essere lo scorbuto e la tisi polmonare. Georget (3) quattro anni dopo descrisse un po' più completamente i sintomi della *paralisi muscolare cronica;* tuttavia anch'egli, come Esquirol, non seppe riconoscere in essa una malattia speciale considerandola come una semplice complicazione delle comuni forme d'alienazione mentale.

A Bayle, come si è detto, spetta realmente il merito d'aver isolato la paralisi generale dal gruppo confuso delle follie. Nella sua tesi di dottorato nel 1822 egli dimostrò che questa malattia è un'entità perfettamente autonoma, e la fece dipendere da un'*aracnite cronica*. Più tardi, nel 1826, nel suo *Traité des maladies du cerveau* ne completò la descrizione.

Il lavoro monco e superficiale di Delaye (4) non aggiunse nulla alle osservazioni di Bayle, e quello di Calmeil (5) segnò un funesto ritorno verso le vedute di Esquirol. Ma nelle sue pubblicazioni ulteriori (6) questo autore ha fatto dimenticare i suoi errori col grande numero di documenti preziosi dei quali arricchì la storia della paralisi generale.

Parchappe (7), e dopo di lui Lasègue (8) e J. Falret (9) appoggiarono colla

---

(1) Haslam, Observations on madness and melancholie.

(*a*) [Presentemente divenuto un buon Manicomio criminale, anzi il tipo di quelle istituzioni che noi, alienisti italiani, da quasi trent'anni chiediamo e che il Governo, al solito, ci promette senza mai venire a capo della aspettata e più volte progettata *Legge per gli alienati e i Manicomii* (E. Morselli)].

(2) Esquirol, *Dict. des Sciences médicales*, 1814-1816.

(3) Georget, De la folie, 1820.

(4) Delaye, Thèse de Paris, 1824.

(5) Calmeil, De la paralysie considérée chez les aliénés, Paris 1821.

(6) Calmeil, art. Paralysie des aliénés nel *Dictionnaire* in 30 volumi, Paris 1841, e Traité des maladies inflammatoires du cerveau, vol. II, Paris 1859.

(7) Parchappe, Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies, 1834-38.

(8) Lasègue, De la paralysie générale progressive; Thèse d'agrégation, 1853.

(9) J. Falret, Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales; Thèse de Paris, 1853.

loro autorità l'opinione di Bayle, la quale d'allora in poi, almeno nel suo complesso, non fu più contestata. La dottrina cosidetta *unicista*, secondo la quale i disturbi cerebrali sono, al pari de' disturbi motori, manifestazioni di una entità morbosa speciale, si sostituì definitivamente alla teoria *dualista* di Esquirol, che — come abbiamo visto — considerava i disordini psichici accompagnanti " la paralisi „ come dipendenze della follia comune, ed i fenomeni motori come una complicazione sovrapposta ad essa.

Tuttavia la tendenza separatista si riaffermò ben tosto in un altro campo. Baillarger (1), pur ammettendo la realtà del " morbo di Bayle „ che costituirebbe, secondo lui, la *demenza* paralitica, si sforzò di provare che a lato ed all'infuori di essa esisterebbe una *follia* [o *pazzia*] paralitica. Si tratterebbe di due varietà distinte della paralisi generale, delle quali la seconda può d'altronde essere seguìta e complicata dalla prima.

Se i fatti sui quali Baillarger appoggiava la sua opinione erano esatti, non erano però legittime le conclusioni ch'egli ne traeva. Oggi, conoscendo meglio i primi periodi della paralisi generale, sappiamo che non è punto raro l'osservare il manifestarsi di accessi di delirio espansivo in un tempo in cui non sono ancora rilevabili nè la demenza nè la paresi; ma sappiamo ancora che questi accessi sono semplicemente fasi di una malattia a lungo decorso. La follia paralitica può non complicare mai la demenza paralitica, ma quando si manifesta apparentemente isolata da quest'ultima, essa non ne è che un preludio. Il dualismo di Baillarger non è niente più ammissibile del dualismo di Esquirol.

Sin qui, come si vede, i diversi lavori non hanno fatto altro che stabilire, dal punto di vista nosografico, la legittimità del tipo della malattia, fondandosi sull'osservazione clinica. In un secondo *periodo*, che potremmo chiamare *anatomico*, intesero a consacrare la nuova entità precisando la natura delle lesioni indicate da Bayle e Calmeil. A questo periodo vanno uniti soprattutto i nomi di Rokitansky (2), Magnan (3), Westphal (4), Mierzejewski (5), Mendel (6), Crichton-Brown (7), Tuczek (8), Zacher (9), per non citare che i principali. Considerata dapprima come un'*aracnite* [o, meglio, una " aracnoidite „ (E. M.)] come una meningite cronica primitiva di natura infiammatoria, la paralisi generale fu per un certo tempo ritenuta una manifestazione secondaria, dipendente da lesioni vascolari prodotte a loro volta da un'alterazione primitiva dei *ganglii cervicali* del grande simpatico (Bonnet e Poincaré) (10).

Più tardi, quando si scopersero le lesioni della *sostanza bianca* e dei

---

(1) Baillarger, Recherches sur le maladies mentales, Paris 1890. [Rilevo, qui, che la bibliografia data dai compilatori di questo capitolo del *Traité* è assai incompleta, soprattutto perchè, pur dando la giusta importanza ai grandi lavori clinici e anatomici della scuola francese della prima metà del secolo, trascura poi quasi del tutto la ricchissima serie di indagini fatte negli altri paesi dell'estero e anche in Italia (E. Morselli)].

(2) Rokitansky, *Traité*, 1856, 3ª ediz., t. II, pag. 468.

(3) Magnan, Lésions anatomiques de la paralysie générale; Thèse de Paris, 1867.

(4) Westphal, *Arch. für Psychiatrie*, 1868.

(5) Mierzejewski, Lésions cérébrales dans la paralysie générale; *Arch. de Phys.*, 1875.

(6) Mendel, Die Veränderungen der Hirnrinde; *Neurolog. Centralblatt*, 1882.

(7) Crichton-Brown, *West-Riding Asylum Reports*, 1876, e *Brain*, 1883.

(8) Tuczek, Beitrag zur pathologischen Anatomie des Dementia paralytica, Berlino 1884.

(9) Zacher, Beitrag zur patholog. Anat. der prog. Paralysie; *Arch. für Pysch.*, XIII, pag. 155.

(10) Bonnet et Poincaré, Anatomie pathologique et nature de la paralysie générale; *Annales médico-psychologiques*, 1868. [Cfr. anche Poincaré: Leçons sur la Phys. norm. et pathol. du Systéme Nerveux, Paris 1874, tome II, pp. 358-64 (E. M.)].

ganglii del cervello, si fu indotti a pensare che queste potessero essere primitive, e che solo alla lunga ne derivassero secondariamente le alterazioni della sostanza grigia.

La *corteccia* non doveva restare spodestata della preponderanza che le si era dapprima attribuita, ed essa fu e restò di nuovo incriminata. La questione che tuttora si discute è se le sue alterazioni consistano, come aveva già affermato Rokitansky (1) e come pare oggimai ammesso dalla maggioranza degli autori, in una *encefalite interstiziale*, oppure non risultino da una *encefalite parenchimatosa*. In altri termini, si domanda se la lesione colpisce primitivamente la *cellula* cerebrale, o se per contro questa degenera solo consecutivamente a lesioni *vascolari* od a *sclerosi della neuroglia*. Questa discussione, come vedremo, ha un'importanza dottrinale ancor più grande che non sia il suo valore istologico.

Nel *periodo contemporaneo*, sebbene l'anatomia patologica della paralisi generale abbia continuato ad arricchirsi di nuovi dati, il privilegio dello studio e delle ricerche fu dato alle questioni riflettenti l'eziologia e soprattutto la patogenesi. Basterà ricordare a questo proposito, dopo i lavori di Esmark e Jessen, quelli comunicati agli ultimi Congressi [italiani di freniatria] e di medicina mentale di Rouen (1890) (2) e di Lione (1891) (3), quelli di Régis (4), di Bannister (5), ai quali tien dietro il lavoro di Fournier (6), che si può considerare come il fondatore [o, più correttamente, il volgarizzatore (E. M.)] della dottrina della natura sifilitica della paralisi generale: allo stesso autore dobbiamo [in gran parte] la constatazione dei rapporti eziologici della paralisi generale colla tabe [che già erano stati clinicamente e anatomicamente indicati da Westphal (E. M.)]. L'unità della paralisi generale e della tabe è stata, in quella occasione, argomento d'una discussione alla Società medica degli Ospedali nel 1893, [e si trovava, del resto, consacrata anche in alcune teorie recenti sulla loro patogenesi (p. es. in quella di Jendrassik) (E. M.)].

Eziologia. — *Frequenza.* — La maggioranza degli osservatori ritiene che la paralisi generale si faccia di giorno in giorno più frequente. Secondo Calmeil, i casi di questa malattia variavano di già dal $^1/_4$ al $^1/_3$ del numero totale di tutti gli ammalati che entrano negli Ospizi. Ball emetteva più tardi una opinione consimile, e valutava che il rapporto di questi ammalati con tutti gli alienati ricoverati nei Manicomii fosse di uno a quattro o cinque.

[Studiando le numerose pubblicazioni statistiche dei Manicomii, si scorge come durante il secolo, in tutti i paesi civili, il numero dei paralitici sia andato aumentando, così da giustificare la denominazione di " malattia del secolo " che si è data alla paralisi generale progressiva (*a*). Mi limito a ricordare che

(1) Rokitansky, Lehrbuch des pathologischen Anatom., 1850.

(2) Congresso di Rouen, 1890. Vallon, Dubuisson, Voisin.

(3) Congresso di Lione, 1891. Ritti, Christian.

(4) Régis, *Archives cliniques de Bordeaux*, luglio 1892.

(5) Bannister, *Journal of mental and nervous Diseases*, dicembre 1891.

(6) Fournier, Les affections parasyphilitiques, Paris 1894.

(*a*) Il venerato mio maestro, prof. Livi, difendeva la civiltà dalla taccia di ingenerare un maggior numero di pazzi e paralitici (*Riv. sper. di Fren.*, 1875, I); ma è indubitabile che la civiltà, pur recando i suoi grandissimi benefizii, provoca la diffusione di alcuni inseparabili malanni, quali il lusso, gli abusi sessuali, la sifilide, l'alcoolismo, ecc. senza parlare della lotta per la vita che si fa sempre più *cerebrale*. E di questo parere è l'autorevolissimo Krafft-Ebing (Ueber die Zunahme d. progr. Paralyse, im Hinblick auf die sociologischen Factoren; *Jahrb. f. Psych. und Neurol.*, XIII, 1895) (E. Morselli).

in Italia in soli sei anni, dal 1877 al 1883, la paralisi progressiva dava questo aumento:

	al 31 Dic. 1877		al 31 Dic. 1880		al 31 Dic. 1883	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.
Alienati reclusi nei Manicomii	8010	7163	9000	8471	10121	9327
Paralisi generale progressiva	299	83	345	123	391	113
Totale dei paralitici	382		468		504	

Si è anche rilevato che negli ultimi anni regioni per lo innanzi immuni hanno cominciato a fornire un più che discreto numero di paralitici agli Asili pubblici. L'estendersi geografico della paralisi è soprattutto evidente nelle nostre Provincie meridionali (Angiolella, Roscioli, Lojacono). Vi sono però paesi dove l'affezione sembra stazionaria, ad esempio l'Inghilterra e la Prussia, altri dove l'incremento è addirittura spaventevole. Tal è il caso della Baviera, nei cui Manicomii il Kundt troverebbe le seguenti proporzioni di paralitici su 100 alienati:

	Uomini	Donne
Dal 1869 al 1874	9,3 %	5,2 %
» 1875 » 1879	16,4 »	4,3 »
» 1880 » 1884	17,0 »	4,1 »
» 1885 » 1890	23,2 »	9,3 »

(E. Morselli)].

Climi. — Certi paesi, la Scozia, l'Irlanda, la Svezia, sembrano godere di una relativa immunità dalla paralisi generale: lo stesso dicasi di altre regioni, quelle meridionali, come la Grecia, la Spagna e l'Italia, [sebbene, per questa ultima, si noti aumento (E. M.)]: l'Europa centrale ed occidentale e l'America del Nord hanno al contrario il triste privilegio di darne il maggior numero di casi. È da notare anche che la popolazione delle città fornisce un contingente molto più elevato che quella delle campagne. [Questo fatto lascia supporre che non sia il clima in sè che dà luogo ad una maggiore o minore estensione della paralisi, ma che ciò dipenda dalle condizioni complesse di esistenza, ed in ispecial modo dal genere di vita e dal grado di civiltà.

Nello stesso paese, vi sono regioni più colpite e altre dove la paralisi è rara, e se guardiamo le verosimili cause di tale fatto le troviamo sempre nell'indole dell'incivilimento. In Italia, la diffusione geografica della paralisi generale si può desumere dal numero dei pazzi paralitici reclusi nei Manicomii pubblici e privati. Ecco i dati statistici che si traggono dalle pubblicazioni semi-ufficiali del prof. A. Verga (*a*):

(*a*) Cfr. Verga, *Archivio di Statistica*, vol. II, 1879; — *Annali di Statistica*, serie 3ª, vol. 2°, 1882; — *Arch. ital. per le mal. nerv.*, passim. — Bodio, Annuario statistico del Regno d'Italia, 1888-93. — Tamburini, Relazione a S. E. il ministro dell'Interno sulla ispezione ai Manicomii, ecc., alleg. al *Progetto di legge* (Nicotera) *intorno agli alienati ed ai Manicomii*, 1891. — Le cifre statistiche della tabella non sono comparabili che dal 1880 in poi, nè sempre dànno il vero numero di *tutti* i paralitici ricoverati negli Asili italiani, poichè parecchi di questi, secondo il solito, non inviarono le schede di censimento annuo (E. Morselli).

Distribuzione della Psicopatia paralitica in Italia.

(Paralitici esistenti nei Manicomii).

REGIONI DEL REGNO D'ITALIA	31 Dic. 1874		31 Dic. 1880		31 Dic. 1888		31 Dic. 1891		Su 100 pazzi ricoverati quanti paralitici (M. e F.)		
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	nel 1880	nel 1888	nel 1891
Piemonte	29	10	56	19	55	19	57	14	3,64	3,1	2,9
Liguria	18	6	16	15	39	10	33	6	4,23	4,0	3,1
Lombardia	43	16	82	24	82	15	73	20	3,42	2,5	2,1
Veneto	16	4	13	9	30	14	29	11	1,01	1,5	1,3
Emilia	20	10	49	16	62	16	70	20	2,52	2,5	2,8
Toscana	37	8	44	23	49	16	74	18	3,17	2,6	3,5
Marche	17	3	13	2	18	2	24	3	1,51	1,8	2,3
Umbria	3	1	8	—	9	—	8	—	2,57	1,8	1,4
Lazio (Roma)	12	2	23	10	72	17	58	27	4,23	8,3	7,0
Abruzzi e Puglie					1	—	1	—		0,7	0,7
Campania	27	3	29	5	113	15	30	4	2,09	5,7	2,0
Calabrie e Basilicata					2	1	7	—		2,5	4,4[?]
Sicilia	?	?	12	—	7	—	15	—	1,33	0,7	1,5
Sardegna	?	?	—	—	—	2	3	1	—	1,5	2,0
REGNO	222	57	345	123	539	127	482	112	—	—	—
	279		468		666		594		2,49	2,96	2,52

La tabella mostra che la psicopatia paralitica ha in Italia due aree di maggiore intensità; l'una nel centro, e corrisponde alla capitale del Regno; l'altra al nord molto più estesa che comprende, anzi tutto, la Liguria, poi la Lombardia e il Piemonte. Che se si volesse scendere ad una statistica più particolareggiata, si troverebbe che nella stessa regione vi sono provincie e circondari dove la paralisi è comune ed altre dove è relativamente rara. Così in Sicilia la provincia più colpita sarebbe Catania (12,32 % dei pazzi d'ambo i sessi inviati ciascun anno al Manicomio) e la meno colpita Palermo (5,84 %) (*a*).

In quasi tutte le regioni italiane la paralisi era stata in aumento dal 1874 al 1888: essa si era più che duplicata. Solo nel censimento del 1891 si sarebbe verificata una diminuzione notevolissima, e tale da stupire, nella Campania (in tre anni i paralitici vi sarebbero scesi da 118 a 34!), meno sensibile in Lombardia e fra i maschi in Roma. Ma oltrecchè tale risultato può dipendere dall'applicazione di diversi criteri diagnostici, per esempio a Napoli nel differenziamento dell'alcoolismo e quindi delle pseudo-paralisi dalla paralisi tipica, si avvertirà l'enorme contrasto di tale decremento regionale, probabilmente fortuito, con le cifre sempre più alte della Toscana ed Emilia, non che delle donne nella capitale. Converrà attendere qualche anno per vedere se la paralisi generale è realmente in diminuzione o, se piuttosto, data la sempre crescente ed allarmante diffusione della sifilide in seguito alla nota riforma di Crispi, non si tornerà a dover registrare un rialzo delle sue cifre assolute

(*a*) Cfr. Lojacono, La paralisi generale progressiva in Sicilia; Napoli 1894.

e relative, come l'osservazione clinica quotidiana farebbe sospettare a chi esercita la psichiatria e neuropatologia nei nostri maggiori centri (E. Morselli)].

Razza. — Contrariamente a un'opinione un tempo accreditata, la paralisi generale esiste nei Negri, sebbene in essi sia più rara che nei Bianchi (1). [In America, dove i Negri partecipano sempre più alla vita intensa dei loro compatrioti, si è notato, anzi, un incremento progressivo della paralisi. All'opposto fra gli Arabi, Meilhon la trova rara (E. M.)].

Età. — La paralisi generale è soprattutto una malattia dell'età *adulta*, poichè colpisce gli individui fra i trenta ed i cinquant'anni. Christian e Ritti su 168 casi hanno trovato: 2 casi dai venticinque ai trent'anni, 67 casi dai trenta ai quarant'anni, 81 dai quaranta ai cinquanta, 18 dai cinquanta ai sessanta. Un tempo la si considerava come eccezionale prima dei venticinque anni, e non se ne conoscevano esempi nè nell'*infanzia*, nè nell'*adolescenza*. Dipoi sono state pubblicate alcune osservazioni le quali dimostrano che questa età non ne è immune. Clouston (2), poi Turnbull (3), Wiglesworth (4), Régis (5), Rey e Manière (6), Vrain (7), Ballet (8), Charcot e Dutil (9), hanno citati casi di questo genere nei quali la paralisi generale è apparsa da undici a diciannove anni, e questi casi hanno servito a distinguere la forma detta *paralisi generale giovanile*, alla quale Toulouse (10) ha dedicata or non è molto una rivista generale.

Sesso. — Gli uomini ne sono colpiti molto più frequentemente delle donne. Krafft-Ebing ha trovato in media una donna su 8 uomini. Del resto le statistiche [già antiche di Jung, Mendel, Colovitch, le recenti di Greppin, Ehlkins, Kaes, Vollenberg, Westphal jun., ecc. (E. M.)] differirebbero a questo riguardo, a seconda dell'ambiente donde i diversi autori hanno tolti i loro casi. A questo proposito ecco le conclusioni alle quali è giunto Régis [fin dal 1882]: 1° nelle popolazioni delle campagne la paralisi generale è appena *una volta e mezzo* più frequente nell'uomo che nella donna, ed è molto rara in ambo i sessi; 2° nella popolazione operaia delle grandi città è *tre volte* più frequente nell'uomo che nella donna, e relativamente comune in entrambi i sessi; 3° nelle classi elevate della società essa è circa *tredici volte* più frequente nell'uomo che nella donna, e molto comune nel primo, molto rara in quest'ultima.

[Più recentemente il Vollenberg, in un lavoro ricchissimo di dati comparativi, giungeva alle seguenti conclusioni per riguardo alla capitale della Germania: 1° il numero delle donne affette da paralisi generale rispetto a quello degli uomini è di 1 : 3,5 (anche in Russia, secondo Idanoff, è di 3 contro 10, onde un possibile rapporto, già intuito da Trélat e Foville, con la prostituzione); 2° la paralisi aumenta continuamente nelle donne più che tutte le altre

---

(1) H. J. Berckley, Dementia paralytica in the negro; *The John Hopkins Hosp.*, ottobre 1893.
(2) Clouston, *Journ. of ment. Sc.*, 1877, e *The Neur. of Developpment*, 1891.
(3) Turnbull, *Journ. of mental Science*, 1881.
(4) Wiglesworth, *Journal of mental Science*, 1883 e luglio 1893.
(5) Régis, *L'Encéphale*, 1883 e 1885.
(6) Rey e Manière, *Ann. médico-psych.*, 1883.
(7) Vrain, Thèse de Paris, 1887.
(8) G. Ballet, citato da Charcot e Dutil (Leçon clinique à l'Hôpital St-Antoine).
(9) Charcot e Dutil, *Arch. de Neurologie*, 1892.
(10) Toulouse, *Gaz. des hôpitaux*, agosto 1893.

psicosi (si avverta che a Berlino i costumi negli ultimi anni si sono molto rilassati); 3° l'età di sviluppo della paralisi nella donna cade tra i 36-40 anni (questo era già stato notato da moltissimi alienisti; il Buccola, raccogliendo i dati nella mia Clinica, spingeva però il limite fino ai 50 anni, ed ora Westphal jun. va fino ai 66!); 4° vi è una proporzione più grande di giovani paralitiche fra le povere (forse per gli strapazzi e gli eccessi e la sifilide mal curata); 5° le maritate sono proporzionalmente assai più numerose delle nubili (soprattutto nelle classi agiate); 6° anche nella donna primo fattore etiologico è la infezione sifilitica (Pierson, invero, tra casi sicuri e dubbii, arriva nelle donne paralitiche al 71 % di antiche sifititiche; Hougberg al 75,7 %; Westphal jun. al 66 %; per contrario Nicoulau s'arresterebbe al 4 % e Kundt al 12 %) (*a*).

Condizione sociale. — Spesseggia la psicopatia paralitica fra le classi privilegiate, come quelle che più abusano della vita. Da una statistica raccolta dal senatore Verga (*b*) nei Manicomii italiani si rileva che mentre negli Ospizi pubblici essa costituisce appena il 2,52 % dei ricoverati, nelle Case private di salute raggiunge il rapporto di 7,18 %. Così nella Provincia di Torino il Manicomio pubblico dà il 16,70 % di paralitici sui nuovi ammessi, la privata *Villa Cristina* il 33,08 %! Ma più importante è il risultato rispetto ai sessi; eccolo:

	IN ITALIA	
	Manicomii pubblici	Manicomii privati
Paralitici su 100 alienati	3,54	10,67
Paralitiche su 100 alienate	1,46	0,95;

il che significa che le cause della paralisi (sifilide per prostituzione? alcoolismo?) agiscono maggiormente sulle donne delle classi inferiori che non sulle donne agiate (E. Morselli)].

Professione. — [La sola classe sociale che offre una certa immunità è quella dei preti (Bouchaud) (E. M.)]. Si è emessa l'opinione che certe professioni che si espongono abitualmente ad una temperatura alta (cuochi, fornai) siano di preferenza soggette a questa malattia. [Però, stando alle ricerche del Musso, compiute nella mia Clinica, si tratterebbe qui di una pseudo-paralisi generale di ben diversa natura (E. M.)]. Secondo altri autori, l'affezione attaccherebbe con spiccata predilezione i militari di professione; le conoscenze attuali permettono di domandarsi se la proporzione più elevata dei casi che in realtà si incontra nei soldati, non sia dovuta alla frequenza in essi della sifilide. [La stessa osservazione vale per le prostitute (E. M.)]. Checchè ne sia, la paralisi generale rappresenterebbe negli ufficiali quasi i tre quarti dei casi di alienazione mentale (Colin). Pur non negando un relativo valore eziòlogico alle influenze professionali, non ci sembra che si debba loro attribuire una grandissima importanza, perchè se in ciò che concerne le professioni liberali, i letterati, [gli artisti, gli uomini politici, gli alti ufficiali d'esercito (E. M.)], in

(*a*) Cfr. Vollenberg, Statist. und klinisches zur Kenntniss der paralytischen Geistesstörung b. weiblichen Geschlechts; *Archiv für Psychiatrie*, XXVI, 1894. — Fra i lavori italiani veggansi: Tamburini e Riva, *Congr. med.* Modena, 1882; Buccola, Sulla paralisi progressiva della donna; *Sperimentale*, 1883 (E. M.).

(*b*) A. Verga, Delle forme frenopatiche nelle classi agiate; *Annali di Statistica*, serie 3ª, vol. VI, Roma 1863 (E. M.).

modo speciale certi casi impressionanti [ad esempio, Guy de Maupassant, Donizetti, Farini, Govone, ecc. (E. M.)] hanno richiamata l'attenzione generale, non si può non essere colpiti dal numero grande degli artigiani e degli illetterati che popolano i Manicomii.

Eredità. — L'influenza eziologica della eredità nervosa è generalmente ammessa, anche da coloro che le attribuiscono un'altra origine, ma essa è molto variamente interpretata. Secondo quelli che tengono all'opinione di Charcot, la paralisi generale appartiene incontestabilmente alla famiglia neuropatica, e vi occupa anzi un alto grado, figurandovi come prodotto e come fattore d'eredità nervosa. Si tratti d'eredità similare o [dissimilare, cioè] di trasformazione di eredità neuropatica o vesanica, l'agente costante, indispensabile, essenziale dello sviluppo della malattia sarebbe la *labe nervosa ereditaria*, di fronte alla quale le diverse altre cause non hanno che un valore accessorio ed occasionale. Sotto questo aspetto la malattia differirebbe da certe altre malattie mentali, nella genesi delle quali l'eredità vesanica è il fattore costante. Nella famiglia del paralitico generale più spesso s'incontra fra le malattie nervose organiche la tabe, e fra le nevrosi l'epilessia: talvolta s'incontra solo deficienza mentale negli ascendenti. [Ad ogni modo l'eredità diretta si trova almeno nel 21-22 $^0/_0$ (Oebeke, Nicoulau, ecc.). Che se si vuol tenere in vista la probabilissima dipendenza della costituzione neuropatica dall'ereditarietà morbosa più o meno evidente perchè più o meno confessata o consaputa, in allora la proporzione degli ereditarii crescerebbe assai: circa il 46-50 $^0/_0$ dei paralitici offre le stimate fisiche, fisiopatologiche e spesso anche le psicologiche di tale costituzione (E. Morselli)].

Ricordiamo anche che certi autori ammettono un'altra eredità che essi chiamano *congestiva* od artritica, e le cui relazioni colla eredità nervosa sono fuori di dubbio (*a*). Quale che sia il valore patogenico dell'eredità, oggi si tende piuttosto a pensare che il terreno neuropatico, quando preesiste nel paralitico generale, si limiterebbe a facilitare la localizzazione sul sistema nervoso degli agenti tossici o infettivi, in modo particolare della sifilide e dell'alcoolismo.

Sifilide. — La presenza così frequente della sifilide era stata notata fino dal 1857 da Esmark e Jessen, i quali già in quel tempo consideravano *sempre* la paralisi generale come prodotto di un'affezione sifilitica. Tuttavia questa opinione aveva incontrato allora poco credito; solo dopo gli studi di Fournier, confermati dalla maggioranza degli studiosi, questa dottrina si è resa autorevole. Nel suo lavoro sulla sifilide cerebrale questo autore aveva dapprima, nel 1879, formulate le conclusioni seguenti: " Si possono osservare due ordini

(*a*) [Qui non possiamo far a meno di rilevare un'inesattezza nella quale sono caduti gli Autori, poichè l'eredità che gli alienisti chiamano " congestiva ", non solo nulla ha che fare con la " artritica " (??), salvo pei rapporti di parentela o affinità esistenti fra tutte le forme dell'ereditarietà morbosa, ma è propriamente una " eredità nervosa ". Si tratta delle *affezioni cerebrali comuni*, e precisamente delle così dette encefaliti e poliomieliti infantili, delle emorragie, delle embolie e trombosi nei vasi encefalici e con esito in rammollimento, delle morti subitanee per apoplessia, ecc. Nelle famiglie dei paralitici queste affezioni tengono il primato, causando circa il 39 $^0/_0$ della loro mortalità (nelle famiglie ordinarie solo l'8 $^0/_0$), laddove le vere nevrosi e le psicosi sarebbero piuttosto rare (2-3 $^0/_0$). Si può dunque dire che l'eredità cerebrale o altrimenti congestiva caratterizza la paralisi, e non quella vesanica. Debbo aggiungere che secondo alcuni osservatori la psicopatia paralitica degli ereditarii si distinguerebbe per un decorso speciale. (Si consultino: Ball et Régis, Les familles des aliénés, *Encephale*, 1885; Marandon, Doutrebente, Marche de la paral. gén. chez les héréditaires; *Ann. méd.-psych.*, 1878-1879; Déjérine, L'hérédité dans les mal. du syst. nerv., Th. d'agr., Paris 1886; Féré, La famille neuropathique, Paris 1894) (E. Morselli)].

di casi: 1° lesioni sifilitiche più o meno diffuse del cervello capaci di dare origine clinicamente a un complesso sintomatico in tutto o in parte identico alla paralisi generale; 2° paralisi generale vera, che può riscontrarsi in sifilitici, ma *indipendentemente dall'azione della sifilide* „. Ai casi del primo gruppo, i soli che allora gli sembrassero metter capo alla sifilide, Fournier dava il nome di *pseudo-paralisi generali sifilitiche*. La creazione di questo nuovo tipo morboso divenne in seguito oggetto di discussioni e di ricerche, in seguito alle quali molti autori accettarono l'opinione di Fournier.

Tuttavia l'origine sifilitica della *paralisi progressiva vera* bentosto veniva nuovamente sostenuta in Germania da Erb, poi in Francia da Régis, il quale nel 1888 pubblicava una statistica che comprendeva 88 casi su 100 sifilitici. Le statistiche di questo genere non tardarono a moltiplicarsi (1), e Fournier, riprendendo non ha guari la questione (1893), si è dichiarato convinto della realtà del rapporto di causa ad effetto che esiste tra sifilide e paralisi generale *vera*. D'allora in poi nessuna obiezione a lui parve accettabile, nessuna capace di invalidare l'opinione che la paralisi generale vera deve essere considerata come uno degli esiti della sifilide.

Senza entrare qui nella discussione patogenica che serbiamo per un paragrafo successivo, ci basta concludere che dall'insieme dei fatti ci s'impone una convinzione, quella della frequenza considerevole degli antecedenti sifilitici negli affetti da paralisi generale. [Bisogna però accuratamente distinguere con esatta anamnesi i casi in cui la sifilide fu contratta dal paralitico quando già il processo morboso della paralisi era in corso, e soprattutto nel periodo di esaltamento in cui l'ammalato si abbandona ad ogni sorta di eccessi. Il Kiernan ha riferito dieci osservazioni assai accurate in cui la lue era stata contratta nello stadio iniziale della paralisi e non poteva quindi considerarsi come momento causale, ma anzi come risultante (*a*); ciò che io pure ho visto in tre casi da me raccolti recentissimamente con tutti i particolari anamnestici più precisi (E. Morselli)].

Strapazzo. — Eccessi. — Soprattutto basandosi sulle statistiche, le quali mostrano che circa il 16 per 100 degli ammalati sono dediti al lavoro intellettuale, si è attribuita importanza eziologica allo strapazzo cerebrale, [poichè

---

(1) Goldsmith, 33 p. 100; Ascher, 34,7; Ziehen, 33-43; Cullerre, 42; Jacobson, 43; Binswanger, 49; Burkardt, 50; Goldstein, 50; Erb, 52; Fischer, 60; Mierzjewski, 49; Oebecke, 62; Thomsen, 62; Bonnet, 66; Cuylits, 72; Reinhardt, 93; Snell, 75; Mendel, 75; Jespersen, 77; Rohmel, 77; Rumpf, 80; Mac-Dowal, 80; Régis, 80; Anglade, 80 (Cfr. Fournier: Les accidents parasyphilitiques). [Aggiungiamo le cifre di altri tre Autori recentissimi che appoggierebbero questa alta proporzione di sifilitici fra i paralitici: Dengler, 93 %; Cristiani (di Lucca), 64 %; Le Filliâtre, 55 %. Ma contro a cifre così alte stanno quelle ben diverse, ad esempio, del Nicoulau che su 101 malati ha trovata la sifilide solo in 4 (?), del Kundt che malgrado una diligentissima indagine non ha potuto oltrepassare il 12 %, dell'Angiolella che è giunto al massimo del 23 %. In quanto a me, posso affermare che solo in *un quinto* o tutto al più in *un quarto* dei paralitici *veri* ho trovato antecedenti sifilitici *sicuri;* e dico sicuri perchè non ho tenuto conto se non dell'ulcero infettante cui fossero susseguite manifestazioni di lue generale. Al contrario i neurologi tedeschi con a capo l'Erb, discutendo l'eziologia della tabe che ha tanti rapporti con quella della paralisi, mettono in conto della sifilide *tutte* le forme di contagio d'origine sessuale, e cioè le ulceri che i sifilografi dicono semplici o veneree, e persino la blenorragia. Questa diversità di apprezzamento, che si potrebbe dire fra " unicisti „ e " pluralisti „, spiega forse in gran parte le enormi differenze fra le statistiche degli autori, che hanno studiata la eziologia della paralisi. Io son d'accordo col Platonnow (*Centralb. f. Nervenkeilk. u. Psych.*, nov. 1893) quando afferma che bisogna farsi guidare in ogni singolo caso dai criterii clinici (E. Morselli)].

(*a*) Cfr. Kiernan, *Amer. Journal of nerv. and ment. Diseases*, 1894.

indubitabilmente la paralisi progressiva è basata su di un fondo di esaurimento, di cerebrastenia (E. M.)]. Le emozioni deprimenti, i dispiaceri, i dolori morali, i dissesti economici sembrano parimenti avere una certa importanza, almeno nei predisposti. Altrettanto dovrebbe dirsi degli eccessi sessuali, ai quali si era attribuita un'importanza altrettanto più esagerata in quanto è possibile che gli eccessi suddetti siano effetto piuttosto che causa della malattia [ed espongano così il paralitico a contrarre la sifilide quando la malattia è iniziata (E. M.)].

Intossicazioni. — *Infezioni.* — Il saturnismo e soprattutto l'alcoolismo sono stati spesse volte invocati. Quanto all'alcoolismo, si è notato che si verificherebbe, specialmente a Parigi, un accrescimento parallelo del numero dei casi di paralisi generale e di delirio alcoolico. Tuttavia un grandissimo numero di paralitici generali è dato da gente sobria e che ha condotto una vita sempre regolata; si è notata inoltre la rarità della paralisi generale nei paesi dove l'alcoolismo è più sviluppato, come l'Irlanda e la Svezia. [Si avverta poi che anche gli abusi alcoolici possono appartenere alla sintomatologia dello stadio prodromico (E. M.)].

Se ne è attribuita la causa a certe malattie infettive, come: l'influenza, la febbre tifoidea, la pneumonite, la difterite, il vaiuolo, e specialmente l'erisipela della faccia [e della testa (E. M.)], senza che l'azione di queste malattie sia invero stabilita indiscutibilmente.

Insolazione. — *Traumatismo, ecc.* — L'influenza dell'insolazione è stata spesso sostenuta dalla maggioranza degli antichi autori, e se ne è data la causa, come abbiamo già visto, alle professioni che espongono ad un calore eccessivo e continuo (fornai, vetrai). [Ned è senza buone ragioni il concetto di chi vede un nesso fra la frequenza somma della paralisi nei militari, e la esposizione loro al sole durante le manovre. Dopo le nostre conquiste d'Africa, ho osservato alcuni casi di paralisi fra gli ufficiali reduci di là, come ne osservo, del resto, molti fra gli uomini di mare che passano rapidamente dai climi freddi agli equinoziali (capitani di lungo corso della marina mercantile) (E. Morselli)].

Si è pure pensato che per effetto d'una supposta congestione cerebrale, la menopausa, la soppressione di antiche emorroidi, fossero capaci di produrre per mezzo di congestioni vicarie, la paralisi generale. Secondo diversi autori, specialmente il Vallon, [e secondo osservazioni da me fatte, specialmente fra gli operai delle grandi industrie e quelli ferroviarii (E. M.)], certi casi parlerebbero in favore dell'influenza dei *traumatismi del cranio.*

[*Associazione di più cause.* — Come avviene, però, nella tabe, anche nella paralisi generale progressiva è il più spesso impossibile determinare una causa unica, sia pur essa facile a definirsi come la sifilide, un trauma al capo, l'eredità diretta similare, ecc. Nella maggioranza dei casi le ricerche eziologiche ci pongono dinnanzi a cause multiple e varie che si associano e probabilmente si aiutano a vicenda. In certi infermi, ad esempio, la sifilide deve figurare indubbiamente come causa della paralisi, qualunque siasi la sua importanza patogenetica, ma contemporaneamente mancano di rado altri momenti eziologici, altre *concause.* L'Oebeke (per citare una statistica recente e ben fatta) ha bensì trovato in 47 su 100 paralitici la infezione sifilitica, ma accoppiata ora ad eredità diretta (11 casi), ora a costituzione neuropatica (31)

e ad anomalie del carattere e personalità (29), ora ad eccessivi lavori mentali e a patemi (15), a strapazzi e vita irregolare (13), ad abusi sessuali (28), ora a traumi (3). Nei rimanenti 57 casi spesseggiavano la costituzione neuropatica (46), gli abusi alcoolici (43), gli eccessi di lavoro e i patemi (42), gli abusi sessuali (41); venivano poi per frequenza l'eredità (22), gli strapazzi (22), i traumi (5) (*a*). Il Cristiani pure ha bensì trovata la sifilide nel 62-79 % dei suoi paralitici, ma *come causa* verosimilmente *unica* solo nel 10 %; negli altri 90 casi c'era l'unione più varia di fattori morbigeni, con a capo di fila la predisposizione organica, sia ereditaria, sia acquisita (*b*). Io opino col Kowalewsky (*c*) che la sifilide sia uno dei più importanti momenti eziologici della paralisi, ma non il solo: vi sono casi in cui essa agisce insieme ad altri fattori, e ve ne sono pure dove essa manca ed agiscono questi. Anche sotto il riguardo delle concause, la tabe e la paralisi offrono adunque un'affinità estrema (E. Morselli)].

Anatomia patologica. — Non v'è territorio del sistema nervoso centrale o periferico che non possa presentare lesioni pel fatto della paralisi generale, e talvolta si osservano alterazioni non solo delle *meningi* e del *cervello*, ma anche del *cervelletto*, del *bulbo*, del *midollo spinale*, e perfino dei *nervi periferici*. Però soltanto le alterazioni cerebrali sono *costanti;* quelle dell'asse spinale e quelle dei nervi mancano in buon numero di casi. I diversi apparecchi della vita organica, il *cuore*, il *fegato*, i *polmoni*, possono anch'essi alterarsi secondariamente durante l'affezione.

Le lesioni del sistema nervoso sono quelle più ordinariamente rilevabili ad occhio nudo, almeno in corrispondenza delle meningi e della corteccia cerebrale. Assai frequentemente, all'apertura del *cranio*, si notano modificazioni anche nella parete ossea, per ispessimento (1) ed iperostosi o per assottigliamento, ma è tale la varietà di queste alterazioni, che esse non si possono considerare come caratteristiche.

Non è così delle alterazioni delle *meningi*, alterazioni estremamente importanti. L'aspetto della *dura-madre* varia secondo che si tratta d'un caso relativamente acuto e recente, o d'un caso avanzato. Quando la morte è sopraggiunta nelle prime fasi della malattia, si osserva la distensione, la replezione congestiva della membrana tinta in rossastro; se al contrario l'esito fatale ha luogo al periodo finale, nel marasma, la dura-madre è piuttosto raggrinzata, assottigliata e pallida. Nei casi ordinari si rilevano aderenze al cranio, soprattutto lungo la sutura longitudinale, ispessimento e disordini vascolari varianti dalla semplice congestione alla pachimeningite emorragica e all'ematoma (Baillarger). Spesso esistono delle produzioni osteoidi disseminate in mezzo a placche opaline: [tali osteomi vennero pur trovati sulle meningi spinali (*d*) (E. M.)].

L'*aracnoide* e la *pia-madre* offrono lesioni ancora più costanti; l'aracnoide è diventata opalescente, ha perduta ogni trasparenza o per macchie, specie

(*a*) Oebeke, Zur Ætiologie d. allgem. fortschr. Paralyse; *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie*, vol. XLIX, 1893, pag. 1.

(*b*) Cristiani, Contr. all'eziologia della paralisi progressiva; *Riv. sper. di Freniatria*, 1893.

(*c*) Kowalewsky, Geistesstörungen bei Syphilis; *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, vol. L, 1894.

(1) Questo ispessimento è stato considerato da Kraepelin come una ipertrofia compensatrice dell'atrofia del cervello: quest'opinione pare poco accettabile.

(*d*) Tamburini, *Riv. sper. di Freniatria*, I, 1875.

lungo i vasi, o nella sua totalità. Anche la *pia-madre* è ispessita e congesta: i suoi vasi sono rimasti dilatati e gonfi di sangue; il suo tessuto stesso è edematoso ed infiltrato d'un liquido gelatinoso. Infine e soprattutto la pia-madre ha contratte colla sostanza corticale sottogiacente delle aderenze intime, altra volta considerate come affatto caratteristiche: [esistono, difatti, in 37 su 40 casi secondo Ingels (E. M.)]. Queste presentano il loro *maximum* di frequenza in corrispondenza del lobo frontale e della regione parietale. Esse si trovano soltanto presso la superficie esterna delle circonvoluzioni, senza interessare le parti che si addossano nel solco. Se si cerca di staccare la meninge dalla corteccia per mezzo d'una pinza, non si può evitare di portar via, insieme colle membrane, particelle dello strato superficiale del cervello; di qui *erosioni* in vario numero più o meno estese che hanno l'apparenza di ulcerazioni a fondo grigiastro ed a bordi sfuggenti; queste aderenze talvolta mancano (fig. 1).

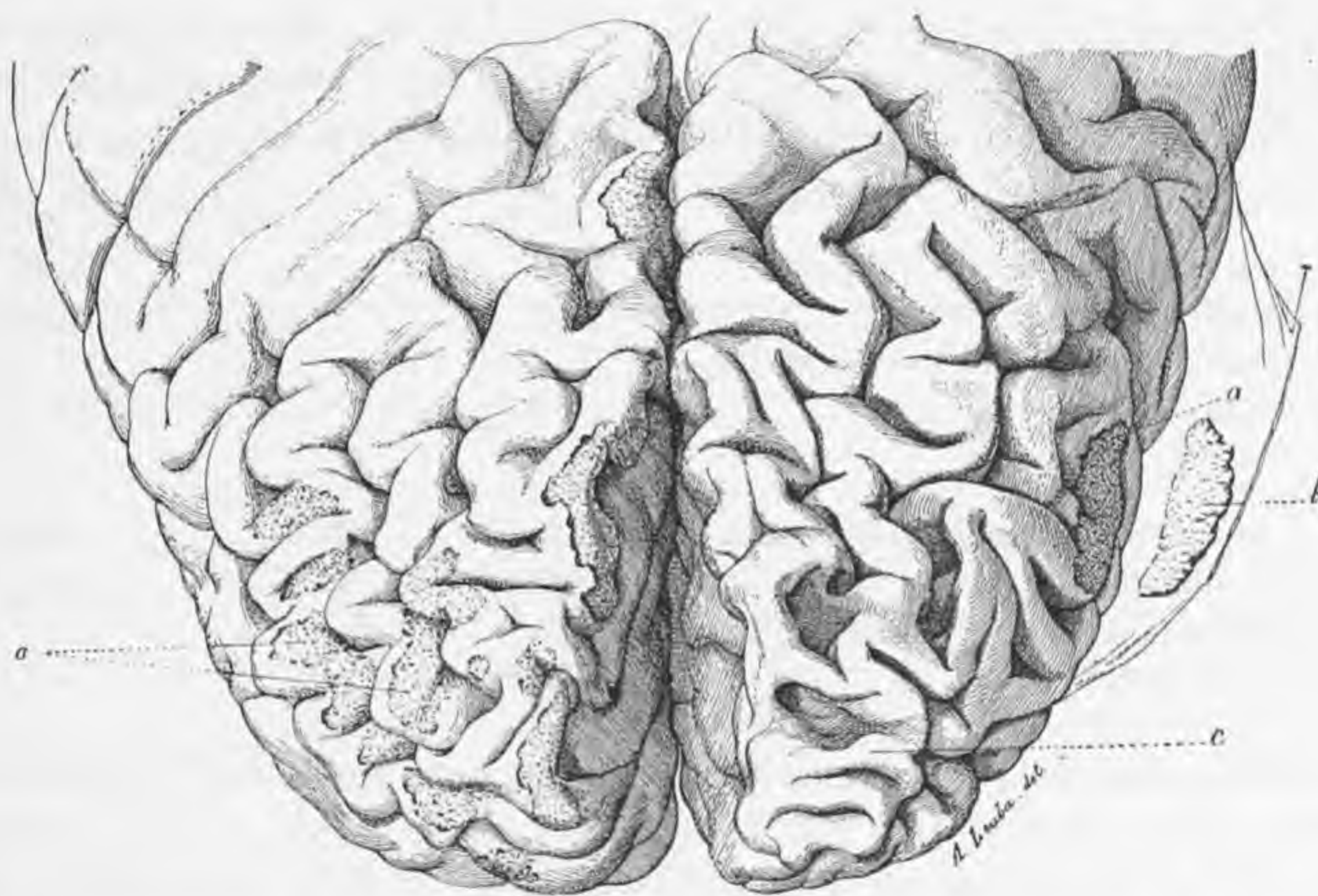



Fig. 1. — Aspetto macroscopico della superficie corticale degli emisferi cerebrali. Si vedono: *a*, *a*, Le erosioni caratteristiche; *b*, Particella di sostanza cerebrale distaccata insieme colla pia-madre; *c*, Circonvoluzioni atrofizzate.

La *sostanza grigia* anch'essa è di una colorazione in generale oscura e variante non solo secondo il grado della congestione, ma ancora secondo che sono o non sono avvenute piccole emorragie che vanno subendo le solite modificazioni. Inoltre le circonvoluzioni sono deformate; sono assottigliate, e separate l'una dall'altra dai solchi allargati. La consistenza della sostanza grigia è di molto diminuita, al punto che questa talora è veramente rammollita [massime negli strati suoi più esterni], e si lascia raschiare col manico di un coltello, così che viene messa a nudo la sostanza bianca sotto giacente.

La *sostanza bianca* si mostra allora sotto l'aspetto di rilevatezze in forma di creste irregolari assai consistenti. Benchè atrofizzata, essa è relativamente solida, e, salvi i casi nei quali la congestione la fa sembrare ricoperta [nei tagli] da una punteggiatura emorragica, si presenta con una tinta bianca che spicca sul colore della sostanza grigia. Il più delle volte i *ventricoli cerebrali* contengono un eccesso variabile di sierosità, ma soprattutto si distinguono per le lesioni affatto speciali della membrana che li riveste. Questa, più o meno

rossastra, è come cosparsa da fini granulazioni che le dànno un aspetto zigrinato, felicemente paragonato a quello della *lingua di gatto*. Questo aspetto particolare, stato notato da tutti gli osservatori, è spiccato specialmente sull'ependima del quarto ventricolo (Bayle e Joire).

[L'osservazione macroscopica dell'encefalo dei paralitici mostra che esso ha soggiaciuto ad una *diminuzione di volume* e conseguentemente *di peso* (Parchappe, Bartels, Meynert, Amadei, Morselli, Koster, Pfleger, Tigges, Seppilli, ecc.): questa diminuzione è in rapporto con l'atrofia che sussegue al processo morboso della periencefalite, e tanto più è pronunciata quanto più lunga è stata la durata dell'infermità. Non solo la media del peso cerebrale dei paralitici è sempre inferiore a quella di tutta la serie degli alienati, ma il loro gruppo non ha mai i pesi alti che invece si veggono in altre forme (epilessia, mania, lipemania), e per di più contiene sempre i valori minimi fino ad abbassarsi nei maschi alle cifre di 1000-1100 gr., nelle donne a 870-960. Più della metà dei paralitici (56 %) sta nel gruppo basso dei pesi cerebrali che va da 1001-1300 gr. Ecco alcuni dati comparativi (*a*):

Uomini		Sec. Tigges	Sec. Bartels	Sec. Amadei
Peso cerebrale medio dei pazzi . .	gr.	1362	1392	1349
Paralitici	»	1284	1353	1300
Perdita di peso dei paralitici rispetto alla serie	»	71 ‰	—	—
Donne				
Peso cerebrale medio delle pazze	gr.	1244	1255	1190
Paralitiche	»	1185	1185	1075
Perdita di peso delle paralitiche rispetto alla serie	»	75 ‰	—	—

Le misurazioni del peso encefalico debbono però tener conto della presenza o assenza degli *annessi* (inviluppi meningei, vasi, ecc.), e della quantità di liquido endocranico, senza parlare, naturalmente, di altri modificatori ordinarî, età, sesso, durata della malattia, causa di morte, ecc. Io ho dimostrato che nei pazzi e soprattutto nei paralitici, mentre il peso medio della massa encefalica è minore di quello dei sani, è invece maggiore il peso complessivo degli annessi. Questi aumentano specialmente di peso nei dementi secondari, nei senili e *nei paralitici*, a causa dei processi d'involuzione, di atrofia e sclerosi della sostanza nervosa, di meningite cronica, di idrocefalo compensatorio, ecc. (*b*).

Scendendo poi a studiare il *peso comparativo delle singole parti dell'encefalo* si trova abbastanza frequentemente una differenza di peso dei due emisferi cerebrali (Luys, Marandon, Morselli, Seppilli, Tigges, ecc.); io ho osservato il divario enorme di gr. 277 e gr. 175, ma era dovuto a grandissimi focolai di rammollimento. Dove tali lesioni grossolane manchino, resta pur sempre la notevole differenza media di 18 gr. a favore dell'emisfero destro (*c*).

(*a*) Cfr. Parchappe, Recherches, etc. — Boyd, Tables of weight of the human Body, ecc., 1861. — Crichton-Browne, in *Brain*, 1879. — Meynert, in *Jahrb. f. Psych.*, 1879-80. — Pfleger, ivi, 1881. — Morselli, *La Psichiatria*, 1887 e *Riv. sper. di Freniatria*, 1888. — Tigges (Memoria diligentissima), in *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, Bd. XLV. — Amadei, *Arch. ital. mal. nervose*. — Cionini, *Riv. di Fren.*, 1887.

(*b*) Cfr. Morselli, in *Riv. sperim. di Freniatria*, 1888.

(*c*) Cfr. Luys, *Encephale*, 1881, e Traité des mal. ment., 1881; Gaglio e Di Mattei, *Riv. Fren.*, 1882; Morselli, *La Psichiatria*, 1887.

La parte che soggiace alla maggiore perdita di peso e di spessore nei paralitici è il *mantello cerebrale* e di esso naturalmente la *corteccia* (Baillarger, Meynert, Tigges, Morselli, Cionini): anzi da più accurate indagini si è visto che la riduzione più sensibile si porta sul *lobo frontale* e sul *parietale*. La paralisi generale è di tutte le forme di pazzia quella che induce le più rilevanti modificazioni nelle proporzioni ponderali e però anche morfologiche delle circonvoluzioni: in ciò essa supera, per certi riguardi, l'idiotismo stesso e la epilessia.

Anche il *peso specifico* della massa encefalica e delle sue singole parti si altera nelle paralisi (Skae, Sankey, Charlton-Bastian, Bevan Lewis, Nasse, Morselli, Baistrocchi, ecc.) (*a*). Al pari della demenza la paralisi offre le minime quote di peso specifico, cioè il tessuto nervoso diminuisce di densità in ragione del processo atrofico e di rammollimento che lo ha incolto.

Dalle poche ricerche di *chimica patologica* sulla composizione dei centri nei paralitici fin qui fatte si dedurrebbe che, in relazione all'ora accennato decremento del peso specifico, sta l'aumentata proporzione dell'acqua e la diminuita del fosforo nella sostanza nervosa. Riporto i dati ultimi del Gatkinoff e Kowalewsky (*b*).

Nel cervello	Sostanza	Acqua	Fosforo		Azoto		Solfo	
			secca	fresca	secca	fresca	secca	fresca
Stato sano	bianca	81,78	1,21	0,18	8,93	1,30	0,62	0,09
	grigia	66,76	1,13	0,36	5,58	1,68	0,52	0,15
Dement. paralytica	bianca	85,01	0,54	0,08	9,17	1,37	0,65	0,09
	grigia	70,91	0,43	0,06	6,65	1,93	0,52	0,15
Pseudoparalysis syphilitica	bianca	87,43	1,27	0,15	9,14	1,14	0,56	0,07
	grigia	72,59	0,92	0,25	6,96	1,90	0,70	0,19

(E. Morselli)].

Talvolta le lesioni del cervello dei paralitici sono poco caratteristiche ad occhio nudo, e rilevabili soltanto all'*esame microscopico*. Si notano di preferenza in vicinanza delle erosioni, sebbene sieno diffuse; ma almeno al lobo frontale si è quasi certi di incontrarle in tutti i punti.

Le più importanti di tali alterazioni sono quelle della *sostanza corticale*, la quale nei casi avanzati è alterata in tutti i suoi elementi: vasi, nevroglia, cellule e fibre nervose, come si può apprendere osservando a debole ingrandimento una sezione colorata coll'eosina ematossilica (fig. 2 e 3). Si notano allora l'inspessimento e l'infiltrazione nucleare della pia-madre, la colorazione più intensa dello strato superficiale della corteccia dovuta a un eccesso di nevroglia, la moltiplicazione nei diversi strati delle cellule aracniformi, l'atrofia e la scomparsa di un gran numero di cellule nervose, infine lesione dei vasi che sono

(*a*) Cfr. Morselli, in *Riv. sperim. di Freniatria*, 1882; Baistrocchi, ivi, 1884; e Bevan-Lewis, Text-book of Mental Diseases, ecc., 1889, passim.

(*b*) Kowalewsky, *Bulletin de Médecine mentale de Belgique*, 1894.

in poca quantità e si mostrano circondati da leucociti. Quest'ultima è l'alterazione che maggiormente colpisce, e sembra che la proliferazione perivascolare presieda alla genesi delle lesioni, apparendo queste nella maggior parte dei casi disposte intorno ai vasi come a loro centro.

Vasi. — L'importanza delle lesioni dei vasi è stata messa in luce specialmente da Mendel, Magnan, Lubimoff, [Rezzonico], e più recentemente da Raymond (1) [e da Colella] (*a*). Esse si mostrano molto diffuse, e si notano non solo in corrispondenza delle erosioni, ma ancora nelle loro vicinanze su quasi tutta la corteccia. Consistono da una parte in alterazioni delle pareti delle vene, dei capillari e delle arteriole; dall'altra, secondo alcuni autori, in vere neo-formazioni.

Sulle piccole arterie specialmente, piuttosto che sui capillari, si possono osservare i caratteri delle lesioni. Il lume dei vasi è ristretto, benchè disteso da globuli rossi: la parete al contrario è inspessita ed infiltrata d'un numero molto considerevole di nuclei. Una simile proliferazione nucleare affetta la guaina linfatica, la quale contiene ammassi di globuli rossi e bianchi, di corpuscoli amorfi e pigmentati. La proliferazione parietale dei capillari e delle arteriole non tarda del resto a subire degenerazioni di diversa specie, vitrea, jalina e talvolta colloide. Nelle porzioni alterate notiamo quindi dei piccoli stravasi emorragici e parziali arresti di circolazione (fig. 4).

Soprattutto all'inizio del processo si potrebbero notare delle neoformazioni vascolari sotto forma di bottoni partenti dai capillari e paragonabili a quelli trovati nella coda dei girini in via di accrescimento (Lubimoff) (2) (fig. 5). [Vi è anzi, chi ritiene che il primo, essenziale disordine organico della psicopatia paralitica risieda nei vasi. In tal caso la patogenesi della malattia dovrebbe ricercarsi in una paralisi vasomotoria dei piccoli capillari della corteccia, come sembrerebbero dimostrarlo i sin-

Fig. 2.ª — Aspetto istologico di sezioni di corteccia cerebrale, dimostrante la moltiplicazione dei nuclei (secondo Mendel). Le cifre rappresentano il numero degli strati della corteccia, secondo Meynert.

(1) Raymond, Contribution à la syphilis du système nerveux; *Arch. de Neurologie*, n. 83 e 84, 1894.

(*a*) [Colella, Sulle fine alteraz. della corteccia cerebrale nelle malattie mentali; *Atti della R. Accad. dei Lincei*, Roma 1894, in-4°].

(2) Lubimoff, *Arch. de Physiologie*, 1874.

tomi iniziali: la encefalite corticale ed i processi degenerativi, che si osserverebbero nei periodi posteriori, sarebbero soltanto conseguenze della lesione

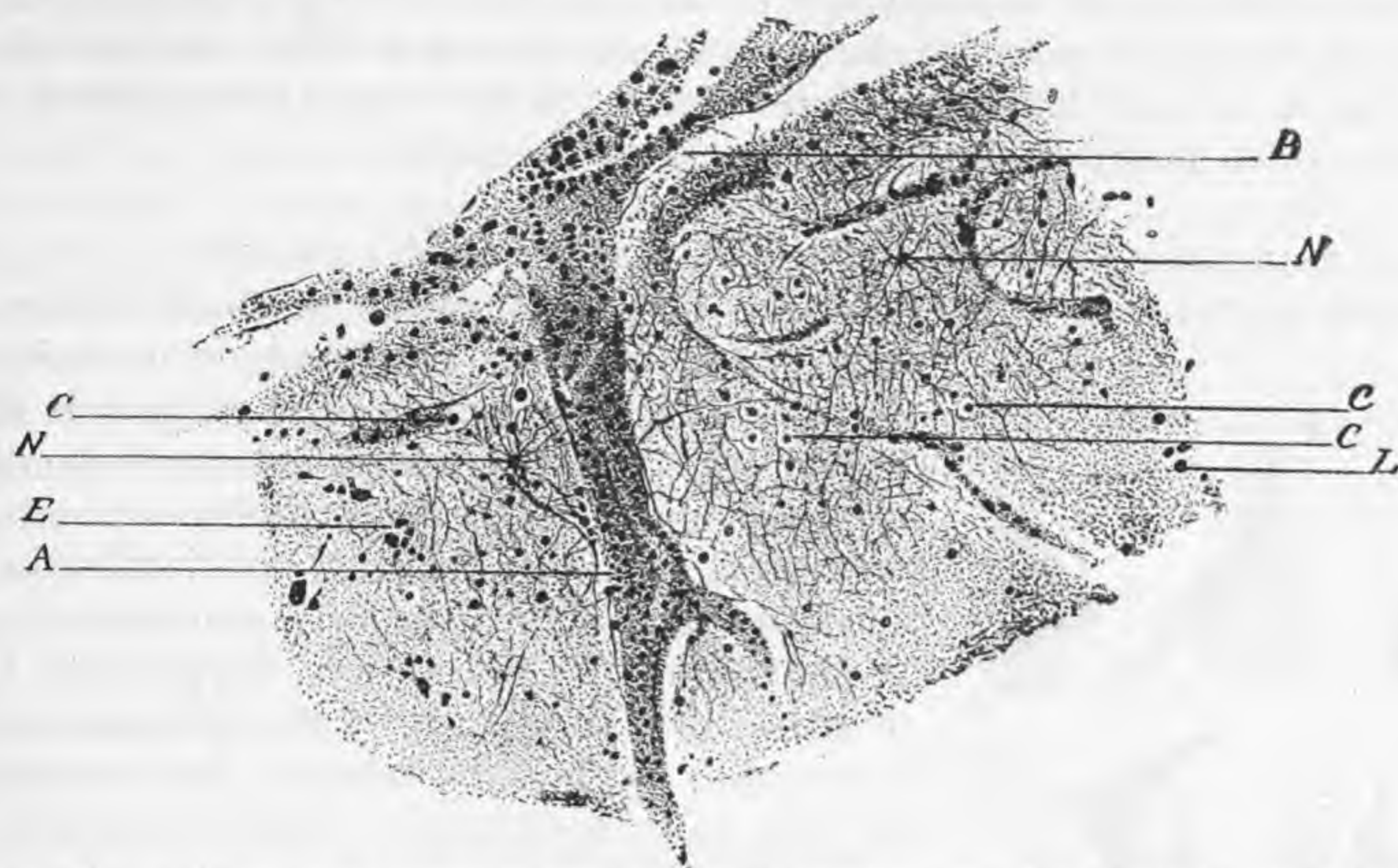



Fig. 3. — Sezione della corteccia cerebrale nella paralisi generale (Ob. 3, Oc. 2, Verick). A, Capillare infiltrato. — B, Aderenze della pia-madre. — C, C, Cellule nervose. N, N, Cellule di nevroglia. — L, L, Nuclei.

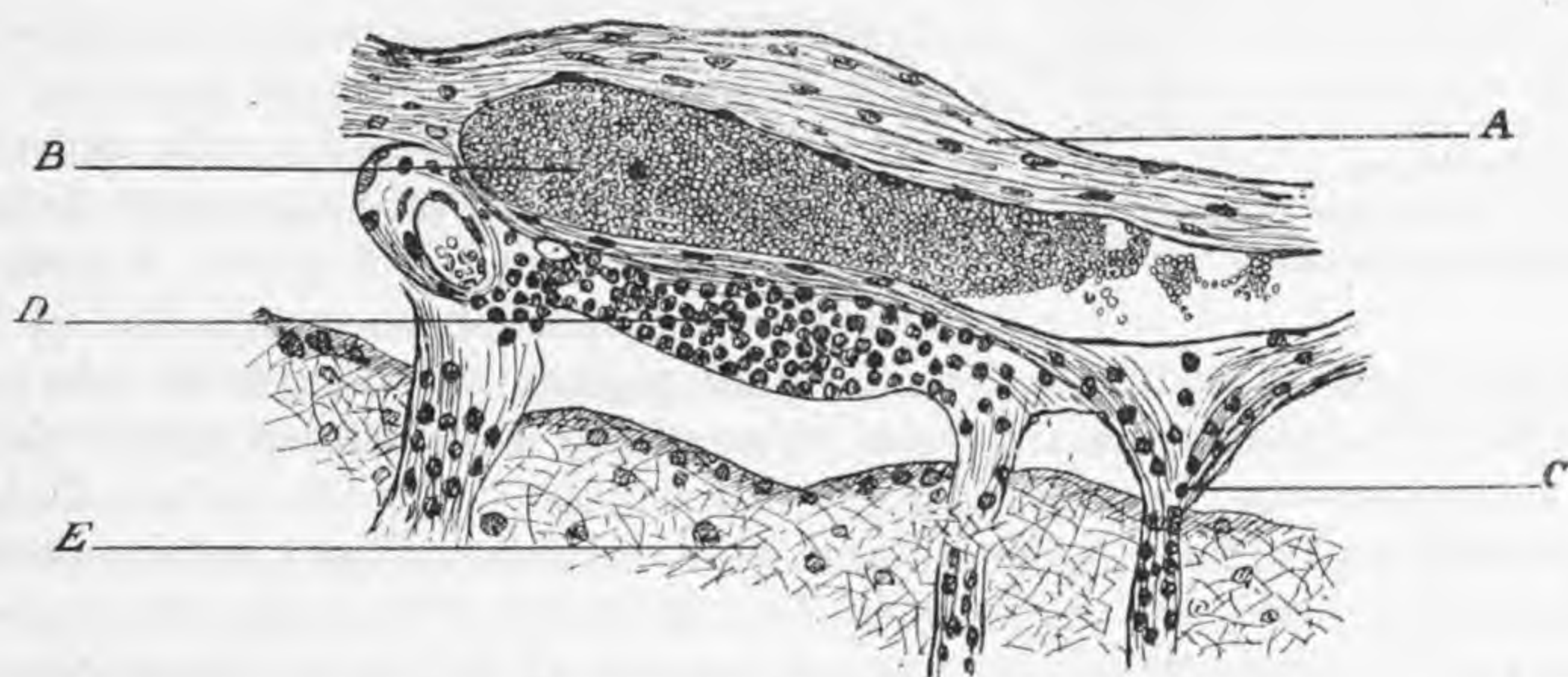



Fig. 4. — Lesioni dei capillari (da Binswanger). A, Parete ispessita. — B, Accumulo di globuli rossi. — C, Proliferazione. D, Nuclei infiltrati. — E, Corteccia.

vascolare. Qualcuno (Hoyt, per esempio) (*a*) ha esagerato tale idea fino a chiedere se la lesione primordiale della paralisi non abbia sede nel centro vasomotore del piano del quarto ventricolo. Certo è che fino ad ora mancano indagini anatomo-patologiche in questo senso, ma saranno difficili a compiersi per la eccezionalità della morte in istato iniziale di un paralitico sicuramente diagnosticato (E. Morselli)].

Linfatici. — Gli spazi linfatici sono enormemente distesi, fino al punto da fornire alla sezione, essendo beanti, un aspetto cribroso. Oltre ai leucociti che vi si scorgono in gran numero accumulati, vi si possono vedere dei globuli

(*a*) Hoyt, in *Amer. Journal of Insanity*, 1894.

brillanti, jaloidei secondo Dagonet (1), che li ha descritti e li crede formati da gocce di cerebrina. [Del resto, i nostri Gonzales e G. B. Verga con indagini macroscopiche e il D'Abundo con ottimo metodo istologico-sperimentale (*a*) hanno dimostrato l'aumento del liquido encefalo-rachidiano nel cervello dei paralitici, ciò che spiegherebbe l'esistenza di enormi spazii perivascolari anche a stadio poco inoltrato della malattia (E. Morselli)].

Cellule nervose. — È nelle parti più superficiali del cervello che le cellule sono più alterate: le loro alterazioni non sono punto uniformi, e non solo differiscono tra loro per grado d'intensità, ma ancora per la loro natura, e il variare di queste alterazioni si può riscontrare col confronto di due cellule vicine. Certune sono molto aumentate di volume, e sono come distese dall'infiltrazione in seno alla quale si formano delle granulazioni; altre al contrario sono più piccole, raggrinzate, in via di atrofizzarsi. Il più delle volte gli spazi pericellulari sono ingranditi e talvolta sono occupati da un gran numero di quegli elementi nucleari, che normalmente si trovano vicini alla cellula ganglionare in numero di due o tre al più. Spesso si vede la cellula piramidale invasa essa stessa da questi elementi, che ne compenetrano la sostanza e talvolta la ricoprono quasi completamente come in massa. Sembra che si compia quivi un attivo lavoro di fagocitosi che termina colla distruzione dell'elemento nervoso. I prolungamenti della cellula verrebbero attaccati pei primi; il nucleo ed il nucleolo scomparirebbero in seguito, ed infine il protoplasma subirebbe la degenerazione pigmentaria o grassosa, e la cellula verrebbe così ridotta a un piccolo corpo vitreo o granulo-grassoso che alla fine scomparirebbe. Lesioni analoghe s'incontrano talvolta nelle cellule dei ganglii della base [massime nei talami ottici, secondo Zagari], e del cervelletto.

Fig. 5. — Diversi aspetti delle cellule cerebrali in via di degenerazione. *a*) Leggiera degenerazione protoplasmatica; *b*, *c*, Degenerazione granulosa più acuta; *d*, Cellule invase alla loro periferia da elementi embrionarii.

Usando del metodo di Golgi, [il Bernardini e il Kronthal notarono per primi che le cellule gangliari erano diminuite di numero, rimpiccolite, con scarsissimi e corti prolungamenti (*b*). Con lo stesso metodo e più recentemente (E. M.)] il dott. Colella (2) ha constatato che, mentre il protoplasma cellulare ed i prolungamenti protoplasmatici si presentano in fasi diverse della metamorfosi regressiva, dalla tumefazione iperplastica fino all'atrofia avanzata, i prolungamenti nervosi al contrario si mostrano più a lungo resistenti e solo più tardi degenerano. Nella demenza paralitica con intossicazione alcoolica i prolungamenti nervosi sarebbero invece i primi a degenerare.

Fibre nervose. — Secondo certi autori, Tuczeck, Zacher, Schültz, Binswanger, le alterazioni prime in ordine di tempo sarebbero quelle delle fibre

(1) Dagonet, *Soc. de Biologie*, 1882.

(*a*) Cfr. Gonzales e Verga G. B., *Arch. italiano d. malattie nervose*, 1890; D'Abundo, *Annali di Neurologia*, 1891.

(*b*) Bernardini, *Congr. med. di Pavia*, 1887; Kronthal, *Neurolog. Centr.*, 1887, n. 14.

(2) Colella, Sur les fines altérations de l'écorce; *Bulletin Ac. des Sciences*, 1893, [e più diffusamente nella Mem. già cit., *Atti Lincei*, 1894].

nervose fini, mieliniche ed amieliniche, dello strato superficiale della corteccia, messe in evidenza da Tuczeck e verificate dipoi da diversi autori (Keraval, Targowla, Chaslin, Binswanger). Queste fibre, dette *fibre tangenziali*, sarebbero sempre distrutte nelle regioni anteriori della corteccia cerebrale, anche in un periodo affatto iniziale. Codesta atrofia non è limitata alle regioni superficiali, ma si estende anche ai rami profondi della corteccia. Questi due ordini di fibre, secondo Klippel, sarebbero sempre colpiti nella paralisi generale, contrariamente a quanto si osserva nella demenza, nella quale soltanto le grosse fibre mieliniche sarebbero attaccate dal processo.

Nevroglia. — La considerevole moltiplicazione del numero dei nuclei, e la loro deformazione, la tumefazione e la proliferazione delle cellule a ragno,

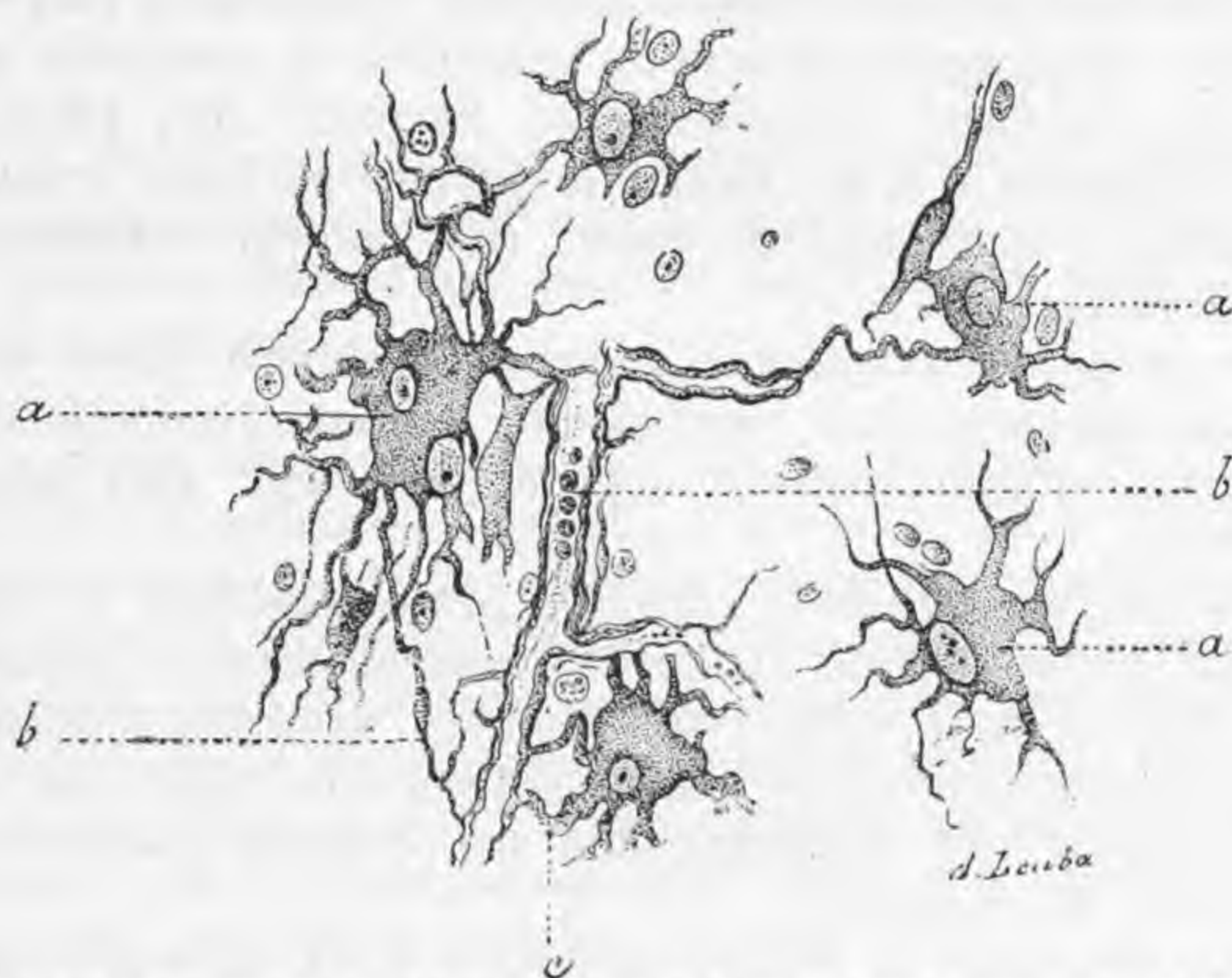



Fig. 6. — Cellule della nevroglia proliferate: *a, a, a*, Cellule della nevroglia; *b*, Vasi; *c*, Prolungamenti delle cellule della nevroglia considerati come neoformazioni vascolari (da Mendel).

l'eccessiva arborizzazione dei prolungamenti di queste cellule, l'aumento dell'intreccio fibrillare che talora arriva a formare delle vere piastre ricordanti il feltro, sono altrettanti caratteri della sclerosi della nevroglia. Questo aspetto può anche non presentarsi se non a stadii piuttosto avanzati della malattia, ma anche nelle forme iniziali è raro che esse manchino completamente. Talvolta queste lesioni sono molto spiccate negli strati sotto-ependimali: di qui la ipotesi che la malattia abbia potuto incominciare con una ependimite (Mierzejewski).

Nuclei. — I nuclei proliferanti, rotondi od ovali, piccoli o voluminosi, si trovano disseminati in gran numero nella corteccia e nella sostanza bianca; essi in generale si accumulano di preferenza nella zona limitante queste due regioni. Confluiscono specialmente verso i vasi, dai quali sembrano emigrati per diapedesi; forse provengono anche dalla proliferazione delle cellule della nevroglia. Qualche volta essi formano degli ammassi nodulari, da Binswanger paragonati ai linfomi del fegato della leucemia (fig. 2).

Ependima. — La parete ependimale dei ventricoli è lesa in moltissimi casi, come lo attesta l'aspetto zigrinato che, come abbiamo già visto, essa presenta

all'occhio nudo. Si tratta di una proliferazione della nevroglia, alla quale prenderebbero parte le cellule dell'ependima; esse formerebbero delle vegetazioni che sarebbero definitivamente costituite dal tessuto proprio della sclerosi della nevroglia, e non — come si era creduto — da tessuto connettivo (*a*).

Sostanza bianca. — Essa non è quasi mai rispettata, per quanto breve sia stata la durata della malattia. Si constata in essa la degenerazione e la scomparsa di un numero variabile di fibre nervose, insieme con alterazioni vasali analoghe a quelle delle arteriole corticali (1).

Natura ed andamento delle lesioni encefaliche. — Intorno all'origine ed alla filiazione di queste diverse lesioni cerebrali, divergenti sono le opinioni degli autori. Secondo alcuni (Tuczeck, Schültz, Friedmann, Ziegler, Kronthal, Pierret, Joffroy, Binswanger) la lesione primitiva ed essenziale della paralisi generale è una *encefalite parenchimatosa.* Secondo altri (Mendel, Magnan, Mierzejewski, Christian e Ritti, Ballet) la paralisi generale è invece un'*encefalite interstiziale.* I partigiani di queste due contrarie dottrine hanno poi ciascuno opinioni proprie.

Per alcuni, le *cellule ganglionari* nervose sarebbero quelle colpite per le prime. La loro degenerazione produrrebbe consecutivamente e secondariamente le reazioni infiammatorie o degenerative degli altri tessuti (Pierret, Kronthal, Joffroy).

Per altri le *fibre nervose* della corteccia presenterebbero le alterazioni originarie; la loro degenerazione, fenomeno iniziale, sarebbe seguìta da lesioni cellulari, le quali a loro volta produrrebbero disordini vascolari. La loro progressiva scomparsa dovrebbe essere considerata come una lesione sistematica paragonabile alla degenerazione dei cordoni posteriori nella tabe (Schültz, Tuczeck, Binswanger).

Altri autori invocano le lesioni primitive della *nevroglia*, periencefalite, periependimite, le quali infiammazioni interstiziali determinerebbero secondariamente la regressione degli elementi nervosi (Magnan, Mierzejewski).

Molti autori infine ritengono che le alterazioni avrebbero il loro punto di partenza dalla rete vascolare dell'encefalo, giungendo di qui alle cellule della nevroglia per le note connessioni istologiche di queste coi vasi, e più tardi ai prolungamenti protoplasmatici, indi infine al corpo della cellula nervosa (Mendel, Ballet, Colella, Raymond).

I sostenitori della teoria *parenchimatosa* si appoggiano non solo a considerazioni di biologia generale, ma ancora a certi casi nei quali le lesioni

---

(*a*) [Anche PELLIZZI da ricerche accurate (*Riv. di Fren.*, 1893) fu testè condotto a conclusioni eguali; ma egli pone la ependimite granulare in relazione con le alterazioni più o men gravi delle pareti vasali (E. MORSELLI)].

(1) Le lesioni del cervello che appartengono propriamente, almeno pel loro insieme, alla paralisi generale vera, potrebbero associarsi, soprattutto in età avanzata, alle lesioni cerebrali comuni dell'ateromasia; si avrebbero delle *paralisi associate.* Se all'autopsia di un individuo considerato in vita come paralitico generale non si rivelano che quest'ultime lesioni, ciò significa che si trattava soltanto di una pseudo-paralisi (KLIPPEL, Caractères différentiels de la paralysie générale; *Arch. Méd. exp.*, 1° settembre 1891, n. 5, pag. 668). [Il fatto è che certe forme gravi, organiche, di demenza senile, quando specialmente diano luogo a rammollimenti parziali per trombosi, presentano molte affinità cliniche con la paralisi progressiva: e il nostro VENTURI ha enunciata la idea che il processo paralitico sia essenzialmente un processo rapido, precoce di senescenza (Cfr. *Le degenerazioni psico-sessuali*, Torino, Bocca, 1892) (E. MORSELLI)].

cellulari erano evidenti, mentre esisteva appena qualche disordine vascolare ed interstiziale.

In favore della teoria *interstiziale* si è messo in rilievo che esistono casi di paralisi generale a decorso rapido, nei quali si sono potute constatare soltanto alterazioni vascolari senza alterazioni nervose. Di più i fenomeni, detti congestizi, del periodo prodromico non potevano avere altro significato clinico che quello di disturbi circolatori.

In conclusione, non conosciamo sinora una lesione speciale del cervello che si possa dire caratteristica della paralisi generale; tuttavia la precocità, la diffusione, l'intensità, la costanza generalmente riconosciuta delle lesioni dei piccoli vasi, ci autorizzano, sino ad ulteriori più larghi reperti, a pensare che nella maggior parte dei casi la paralisi generale consista verosimilmente in una encefalite diffusa primitivamente vascolare ed interstiziale, in seguito atrofica (1).

Bulbo. — Le più comuni lesioni del bulbo consistono dapprima in alterazioni dell'ependima del 4° ventricolo analoghe a quelle da noi già descritte. Ugualmente possiamo riscontrare in certi casi l'atrofia delle cellule di certi nuclei d'origine dei nervi.

Midollo. — Nella maggior parte dei casi si osservano lesioni del midollo spinale nei paralitici generali. Talvolta eccezionalmente si tratta di focolai di mielite, la natura delle quali non è ancora precisata [benchè sia stata oggetto di studio per parte di Westphal, Bevan-Lewis, Joffroy, Klippel, ecc. (E. M.)].

Ma il più delle volte si rilevano lesioni fascicolari d'apparenza sistematica. Queste alterazioni che si incontrano con grande frequenza (75 volte su 100), dovrebbero essere riferite a due distinte categorie di fatti: ad una categoria apparterrebbero quelle dovute ad un' indiscutibile *associazione della paralisi generale colla tabe* (sia che la paralisi generale sopravvenga nel corso della tabe, sia che, inversamente, la tabe si sovrapponga ad una paralisi generale in corso); all'altra apparterrebbero le *sclerosi combinate* del midollo. Queste attaccano i cordoni posteriori, ed insieme i cordoni laterali: questi ultimi più spesso sono intaccati leggermente e presentano all' ingrosso l'aspetto della degenerazione secondaria sistematica doppia del fascio piramidale, d'origine cerebrale. Tuttavia la sclerosi della paralisi occupa meno rigorosamente i limiti del fascio piramidale, e tende alla diffusione; inoltre questa sclerosi risparmia quasi sempre i fasci diretti. Infine, se le lesioni occupano in senso dell'altezza una parte più o meno grande nell'estensione del midollo, esse giungono raramente fino al bulbo. Quanto alla sclerosi posteriore, essa rasso-

(1) In un recente lavoro il prof. Raymond s'è sforzato di stabilire che le lesioni sarebbero primitivamente vascolari nei paralitici generali sifilitici e metterebbero capo all'arterite sifilitica (*Arch. de Neurologie*, 1894). L'origine cellulare è stata d'altra parte difesa da Joffroy in una delle sue lezioni (Anatomie et physiologie pathologiques de la paralysie générale; *Bulletin médical*, 13 giugno 1894, n. 47, pag. 553). [Egli vi sostiene recisamente che il processo anatomico della paralisi generale attraversa le fasi seguenti: dapprima è colpita la cellula nervosa; la sua lesione porta la degenerazione delle fibre nervose; la disintegrazione delle fibre è la causa della diapedesi e delle lesioni vascolari; da ultimo, la proliferazione del tessuto interstiziale non è che un lavoro di riparazione. La causa prima dell'alterazione cellulare sarebbe la predisposizione, la debolezza congenita, cioè la eredità, di fronte alla quale gli agenti infettivi o tossici godrebbero un ufficio del tutto secondario. E una teoria non dissimile ha emesso ora l'Edinger in una conferenza, che ha sollevato molto rumore (Eine neue Theorie über d. Ursachen einiger Nervenk.; *Sammlung klin. Vorträge*, 1894, n. 106) (E. Morselli)].

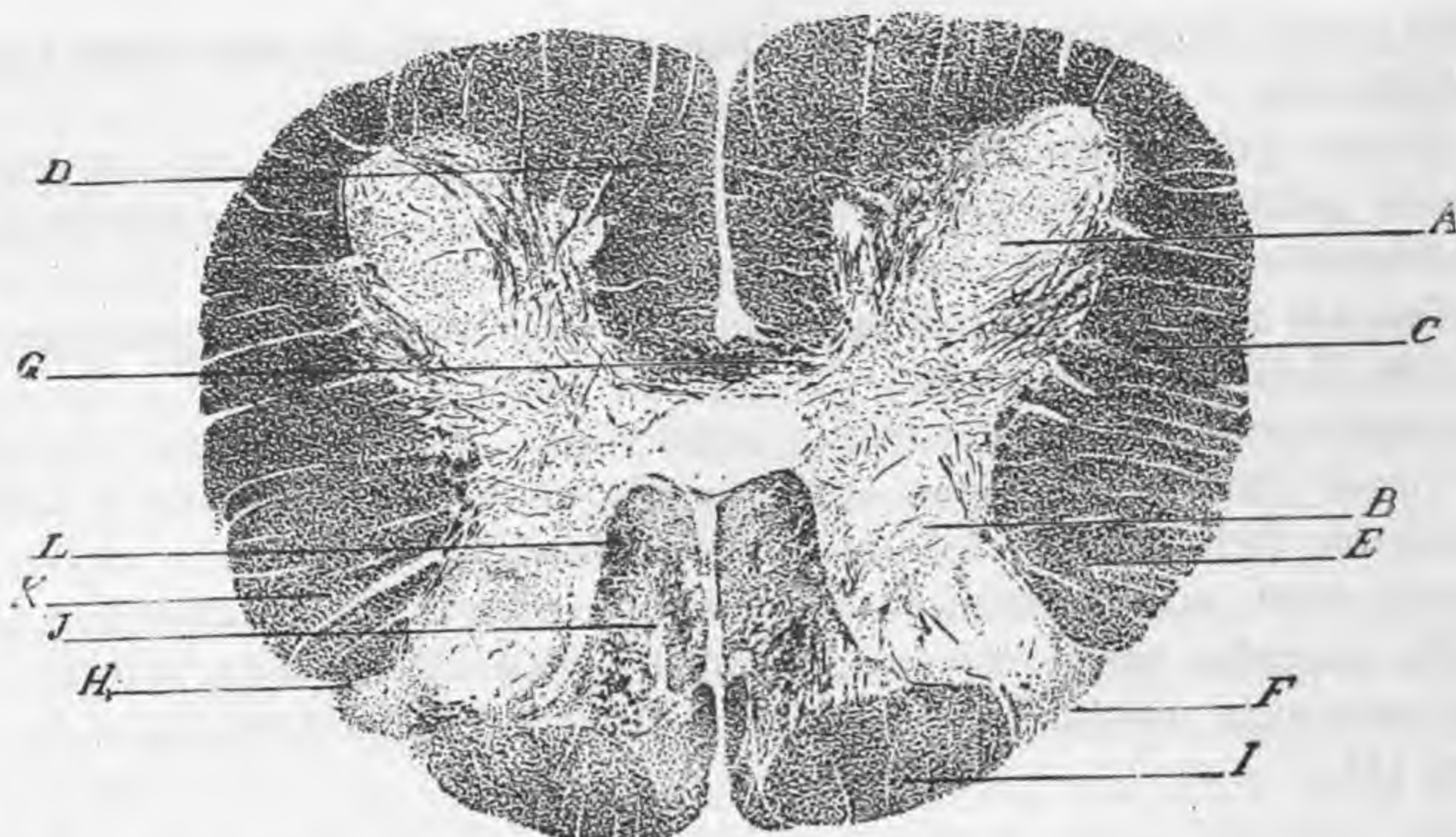



Fig. 7. — Sezione del midollo alla regione lombare superiore, nella paralisi generale. (Preparato di Marinesco).

A, Corno anteriore. — B, Corno posteriore. — C, Cordone laterale. — D, Fascio di Türck. — E, Fascio piramidale molto lievemente degenerato. — F, Radice posteriore. — G, Commissura. — H, Zona di Lissauer. — I, Zona radicolare posteriore non alterata. — J, Fascio di Burdach (zona radicolare media) degenerato.

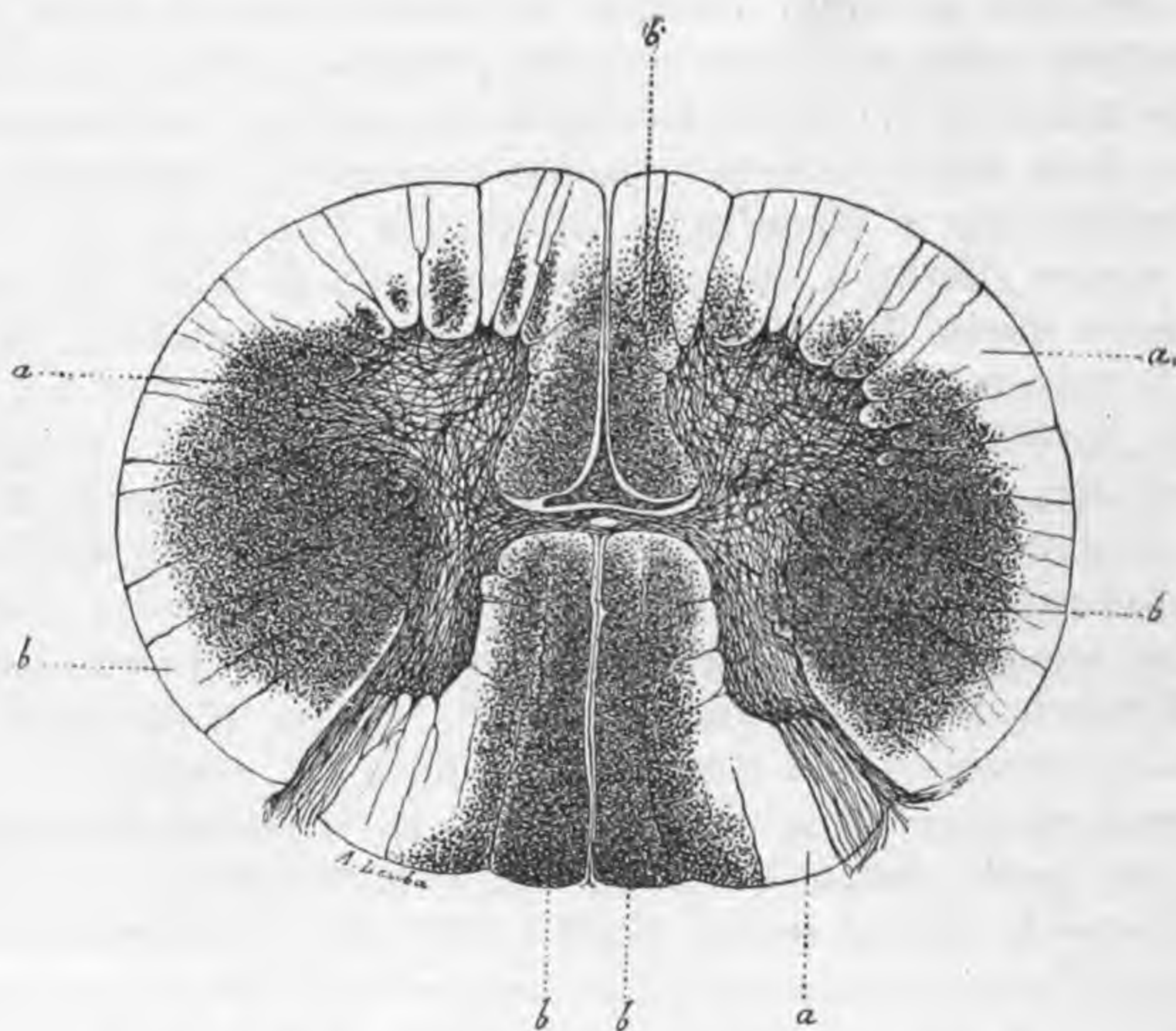



Fig. 8. — Sezione di midollo alla regione cervicale. Degenerazione dei fasci laterali e posteriori. Le parti chiare sono normali; le parti scure sono sclerosate.

miglia sotto vari punti di vista per la sua localizzazione a quella della tabe (1). P. Marie (2), il quale ha formulata intorno alle sclerosi fascicolari del midollo

(1) V. gli art. TABE e SCLEROSI ASSOCIATE di questo *Trattato di Medicina*, nei quali è esposta la questione presente.

(2) P. MARIE, *Soc. méd. des hôp.*, 12 gennaio 1894.

l'ipotesi che la degenerazione di questi fasci bianchi riconosca in certi casi (di tabe) un'origine radicolare (esogena) e provenga in altri casi da una lesione poliomielitica (origine endogena), è dell'avviso che queste lesioni fascicolari di sclerosi combinata nella paralisi generale derivino, almeno in parte, da lesioni delle cellule della sostanza grigia.

In alcuni casi le alterazioni occupano un solo ordine di fasci, i laterali od i posteriori: altre volte, al contrario, rivestono l'aspetto di una sclerosi diffusa.

Infine la sostanza grigia può presentare anch'essa delle lesioni. Joffroy (1) ha osservato un'atrofia del corno anteriore sinistro con alterazioni analoghe a quelle della paralisi infantile, in un caso nel quale durante la vita si era sviluppata atrofia muscolare dell'eminenza tenare.

Nervi periferici. — Ultimamente da diversi autori (Bevan-Lewis, Déjérine, Westphal, Bianchi, Pich, Klippel, Colella) si sono segnalate lesioni di neurite periferica. Esse possono aver sede nei nervi cranici e nei nervi rachidei. Consistono in neuriti parenchimali [di origine periferica, secondo Colella (E. M.)] della maggior parte dei nervi degli arti. Altri nervi non presentano che le alterazioni dell'atrofia semplice [nelle fibre mieliniche (E. M.)]. Queste alterazioni affettano i rami cutanei ed i rami muscolari, e si possono ritenere costanti. [Colella crede che si tratti di un processo morboso analogo alla *neurite ascendente* (*a*) (E. M.)].

Tuttavia queste lesioni sono molto inegualmente distribuite secondo i casi, e queste differenze sembrano in parte derivare dalle condizioni patologiche che hanno causata o che accompagnano (alcoolismo, sifilide, tubercolosi) la paralisi generale.

I gangli del *simpatico* dovrebbero essere studiati di nuovo; si sa che alcuni anni or sono Bonnet e Poincaré avevano attribuito una importanza speciale alle loro alterazioni. [L'Angiolella ha di recente ristudiate le alterazioni del simpatico nei paralitici, trovandovi, infatti, un processo infiammatorio cronico del connettivo interstiziale, endo- e periarterioso, processi degenerativi e necrobiotici delle cellule nervose (*b*); ma egli stesso non crede che tale stato morboso del simpatico debba molto influire sulla sintomatologia della paralisi, neppure sui fatti trofici (E. Morselli)].

[*Estensione del processo morboso.* — Guardando alla molteplicità e varietà di tante lesioni, si può concludere che la paralisi generale progressiva è una malattia dell'*intero* sistema nervoso. Dapprima essa colpisce o direttamente o indirettamente per via del trofismo vascolare, gli elementi più nobili dell'encefalo, anzi senz'altro la parte più elevata del sistema, la corteccia; di poi passa al midollo, infine ai nervi periferici, vuoi di senso, vuoi di moto. Essa non lascia immune nessun territorio od elemento nervoso, toccando successivamente le cellule che regolano le funzioni psichiche, le motrici, le sensitive, le trofiche, le vasomotrici di tutta l'economia. Gli stessi disturbi nutritivi e

---

(1) Joffroy, Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale; *Arch. Méd. exp.*, 1892, n. 6, pag. 841.

(*a*) Cfr. Colella, Le alterazioni dei nervi periferici nella paralisi generale progressiva in rapporto coi loro nuclei centrali di origine; *Annali di Neurologia*, IX, 2-3-4, 1891.

(*b*) Cfr. Angiolella, *Atti del X Congr. freniatrico di Roma*, 1894, app. alla *Riv. di Fren.*, XX.

circolatorî che a prima vista sembra non abbiano rapporti con le speciali alterazioni del sistema nervoso, ne dipendono pertanto in modo diretto ed entrano nel quadro sintomatico della malattia.

Dopo ciò possiamo chiederci se date le conoscenze odierne sulla costituzione e struttura del sistema nervoso possiamo mettere la psicopatia paralitica in qualche relazione con la dottrina dei neuroni. Senza che io mi estenda qui su questo elegante, eppur difficile argomento, dirò che nel mio corso di Neuropatologia ho emesso mesi or sono (lezione del 25 gennaio 1895) il concetto che la paralisi generale sia un'affezione elettivamente localizzantesi, dai suoi primordii, nel sistema dei *neuroni motori indiretti*, laddove la tabe vera sarebbe un'affezione elettiva di quello dei *neuroni sensitivi diretti*. La lesione paralitica comincierebbe nel corpo dei primi neuroni e più propriamente negli elementi cellulari della zona psicomotoria ed inibitoria, cioè nelle circonvoluzioni centrali e prefrontali; la lesione tabetica si inizierebbe invece nel corpo dei secondi neuroni, cioè nelle cellule dei ganglii spinali.

Questo concetto ci spiegherebbe la comparsa non solo, ma anche la natura speciale dei sintomi psichici nella paralisi: non sono essi evidentemente di natura psicomotoria (Foville, Wernicke, Cotard, ecc.)? Nè si può obbiettare la esistenza di forme cliniche combinate, e neppure la somma affinità, che alcuni dicono identità, delle due malattie. Anzitutto la elettività della lesione iniziale deve intendersi solo in senso relativo; e, d'altra parte, è certo che per quanto grandi siano le analogie fra tabe e paralisi, per quanto numerosi siano i casi in cui l'una si innesta sull'altra o le due fin da principio si associano, pure la nosografia loro è fondamentalmente diversa. Aggiungo qui che, a mio avviso, la paralisi generale progressiva sarebbe una encefalite cronica lenta e degenerativa forse tossica dei neuroni motori indiretti già sviluppati, come la paralisi cerebrale infantile sarebbe una encefalite acuta, verosimilmente infettiva, degli stessi neuroni non ancora completamente sviluppati. Ma qui non è il luogo di dare o di discutere prove (E. Morselli)].

Le Lesioni viscerali della paralisi sono state ultimamente descritte da Klippel (1), il quale in un paralitico generale giunto all'ultimo periodo della malattia riconosce quattro gruppi di eventuali lesioni: 1° lesioni anteriori allo sviluppo della paralisi generale (arteriosclerosi, lesioni proprie dell'alcoolismo, della sifilide); 2° lesioni dovute all'influenza del sistema nervoso alterato dalla paralisi generale e manifestantisi sotto forma di ectasie capillari emorragiche nel rene, nel fegato, nei polmoni; 3° lesioni dovute allo stato di marasma, congestioni passive, degenerazioni grassose; 4° lesioni causate da infezioni secondarie di pneumococco e di streptococco.

Fra queste alterazioni solo quelle dipendenti direttamente dai disturbi nervosi offrono qualche carattere speciale. Dal lato del *polmone* notiamo: edema, congestione, emorragie d'origine vaso-paralitica, [e una polmonite che secondo L. Bianchi e Armanni (*a*) sarebbe il tipo di quella cosidetta " del vago ", giacchè s'accompagnerebbe con atrofia degenerativa dei tronchi dei pneumogastrici (E. M.)]. Nel *rene* vedesi dilatazione dei capillari: [il Peli, inoltre, avrebbe trovato con somma frequenza nefrite parenchimatosa e nefro-cistite catarrale]. Il *fegato*, sempre secondo il Klippel, presenterebbe alterazioni abbastanza

(1) Klippel, Lésions du poumon, du cœur, du foie et du rein dans la paralysie générale; *Arch. de Méd. exp.*, 1° luglio 1891, n. 4, pag. 545.

(*a*) Bianchi e Armanni, in *Congr. medico di Pavia*, 1887, — Sulla polmonite dei paralitici e la degenerazione dei vaghi; *La Psichiatria*, VII, 1°, 1889 (E. M.).

speciali perchè lo si possa chiamare *fegato paralitico*. Esso conserva la forma ed il volume, ma presenta sulla sua superficie delle macchie scolorite corrispondenti a porzioni ischemiche. Queste sono date da zone compresse, nelle quali le cellule epatiche si atrofizzano e si infiltrano di pigmento in conseguenza della pressione esercitata dal resto del parenchima, i cui capillari invece sono turgidi e ripieni di globuli sanguigni. [Frequenti sono pure, secondo D'Abundo, le alterazioni della *vescica* e della *prostata* (E. M.)].

Le *alterazioni delle ossa e delle articolazioni*, che del resto sono rare ed incostanti, non differiscono punto da quelle che si osservano nelle altre neuropatie, specialmente nella tabe (*a*). [Sono ormai venti anni da quando io illustravo con casi clinici e ricerche anatomo-patologiche le lesioni trofiche delle ossa negli alienati. Io descrissi specialmente la estrema fragilità delle coste, che dà origine tanto spesso a fratture sotto le più piccole azioni meccaniche. Il Sankey la voleva anzi caratteristica della paralisi, ma accordandomi col Tuke io la trovavo più frequente ancora nelle vesanie depressive (in 220 cadaveri di pazzi l'ho vista 25 volte, nei lipemaniaci 32 %, nei paralitici 11 %). La lesione consisteva in rammollimento con atrofia della sostanza ossea, ingrandimento dei canali hawersiani, degenerazione granulo-grassosa del midollo: insomma, una condizione patologica che io definii come osteomalacica, e che dopo di me hanno studiato anche il Ripping e il Neumann (E. Morselli)].

Sintomi. — Periodo prodromico. — È affatto eccezionale che la paralisi generale si affermi d'un tratto coi suoi sintomi caratteristici. Il più delle volte il suo inizio è preceduto da un periodo *prodromico* (periodo preparalitico, predelirante) che si estende dal momento in cui l'ammalato avverte *qualche cosa di anormale* fino alla comparsa dei *sintomi sicuri* psichici o somatici della malattia.

L'*inizio* e la *fine* di questo periodo premonitorio sono ugualmente difficili a precisarsi. Infatti bisogna tener conto non solo dell'attenzione variamente desta a seconda dell'ambiente in cui l'ammalato vive e delle persone che lo circondano, ma ancora della professione e della condizione sociale dell'ammalato stesso. Per questo fattore esistono, come è facile comprendere, differenze notevoli fra le persone dedite a lavori intellettuali, nelle quali le minime manifestazioni psichiche si fanno presto notare, ed i lavoratori manuali, nei quali i disturbi della memoria o dell'attenzione passano più facilmente inosservati. D'altra parte non è raro il caso che il paziente abbia da tempo commessa qualche sregolatezza, della quale non si sa poi se debba o no connettersi col periodo prodromico della malattia.

Le stesse difficoltà si presentano quando si tratta di *fissare* la fine di questo periodo. Questa fine, come abbiamo detto, è segnata dalla comparsa dei sintomi sicuri e netti della paralisi, ma l'apprezzamento del valore di questi sintomi dipende naturalmente dall'esperienza dell'osservatore.

Da tutto ciò risulta che la *durata* del periodo prodromico è di difficile delimitazione. Questo periodo, d'altra parte, è di durata estremamente varia; talvolta, anzi il più delle volte, non dura che un mese o due, ma lo si è visto anche durare parecchi anni, ed uno di noi (1) ha insistito in particolar modo sulla possibile lunga durata di questo periodo.

(*a*) [Cfr. Morselli, Sulle fratture delle coste e sopra una particolare osteomalacia degli alienati, *Riv. sper. di Freniatria*, 1876; Neumann, Ueber die Knochenbrücke bei Geisteskranken; *Inaug. dissert.* (Heidelberg), Berlin 1883, un vol. di p. 164 con bibliografia completissima (E. M.)].

(1) G. Ballet, *Sem. médicale*, 22 dicembre 1893.

I sintomi del periodo prodromico sono di ordine *psichico* e di ordine *somatico*.

A. Disturbi psichici. — Questi non differiscono essenzialmente dai sintomi quali si rilevano nel periodo di stato della malattia, se non pel grado d'intensità. La *tristezza* che noi osserveremo col suo seguito di tetre preoccupazioni, soprattutto riguardo allo stato di salute, costituirà più tardi il *delirio ipocondriaco;* dalla *soddisfazione* e dall'esuberanza [apparente delle idee che sta in relazione con la inconsciente euforia (E. M.)], si passerà al *delirio orgoglioso;* l'indebolimento, dapprima appena sensibile, delle facoltà si chiamerà di poi *demenza*. Come molto giustamente ha detto Lasègue: " nella paralisi generale i disturbi sono progressivamente crescenti senza perciò *cambiare di forma* „.

Il più delle volte prima ad entrare in scena è la *tristezza*. Dapprincipio essa è vaga, poco spiccata, e passa inosservata; tuttavia coloro che avvicinano l'ammalato constatano bentosto in esso un vero cambiamento di umore. Questa modificazione del carattere diviene presto una vera irritabilità morbosa. A questo punto sopravvengono preoccupazioni di natura ipocondriaca: l'ammalato accusa dolori male localizzati, alla testa, al dorso, ai lombi, agli arti, talora si lamenta della gola o dello stomaco, e consulta specialisti. [Per lo più egli diventa pure emotivo, e, forse perchè la sua coscienza avverte la minacciosa modificazione della personalità, si commove e piange facilmente, ha momenti di sconforto e di abbandono. Tale emotività esagerata basta spesso a distinguere un paralitico che ci consulta da un neurastenico o da un ipocondriaco (E. M.)].

Dopo la tristezza, spesso anche prima, talora alternativamente con essa, si manifesta una *iperattività mentale* insolita, la quale si manifesta con un bisogno eccessivo d'attività: l'ammalato è continuamente in moto; parla molto, si abbandona a progetti chimerici riguardo alla sorte propria e dei suoi figli, progetti sempre in relazione col suo stato sociale: [solo più tardi tale relazione scomparirà per dar luogo alle più insensate e incongrue fantasticherie]. Spesso l'ammalato passa dai progetti ai fatti, intraprendendo viaggi, lanciandosi senza freno in mezzo a speculazioni, facendo acquisti grandiosi; infine non è raro che si abbandoni alla crapula. Gli eccessi alcoolici diventano allora abituali, e di qui la frequenza dei disturbi tossici all'inizio della paralisi generale. Si osserva anche molto frequentemente una sovreccitazione sessuale che porta ad eccessi genitali, e può persino trasportare gli ammalati ad atti immorali. Altre volte al contrario si nota agenesia. Durante questo stesso periodo avviene pure che, spinti dal bisogno patologico d'attività, gli ammalati compiano in date occasioni atti bizzarri, strani, delittuosi che tanto più colpiscono in quanto sono in pieno disaccordo cogli antecedenti del paziente (" periodo medico-legale „ di Legrand-du-Saulle): acquisti d'oggetti inutili, operazioni finanziarie arrischiate, oltraggi al pudore, furti, [falsificazioni di cambiali (E. M.)], atti sempre inconseguenti, spesso puerili ed assurdi che attestano di già l'indebolimento dell'intelligenza.

Questo *indebolimento* è spesso riconoscibile per tempo dal medico oculato. Il paziente si lagna di dover fare molto sforzo per attendere alle sue occupazioni, che per l'avanti gli riuscivano facili. È diminuita in lui la memoria dei fatti recenti; egli ha delle lacune negli scritti. Ciononostante non è raro che l'ammalato abbia in questo periodo piena coscienza del suo stato patologico e si renda conto del suo stato di depressione intellettuale, del quale in

tal caso si preoccupa immensamente [sino a troncare col suicidio la propria esistenza (E. M.)].

B. Disturbi somatici. — Spesso l'inizio della paralisi generale è segnalato da *attacchi apoplettiformi*. Talora l'ammalato accusa solamente stordimento o vertigini succedentisi ad intervalli abbastanza lunghi. Altre volte tali accidenti hanno un aspetto più grave, rivestendo il carattere di un vero attacco d'apoplessia. L'ammalato è colpito all'impensata: la perdita della coscienza è parziale o totale e dura un tempo più o meno lungo. In seguito al colpo rimane un certo grado d'emiplegia, abitualmente transitoria, ma che può anche protrarsi per alcuni giorni o per alcune settimane. [Non è raro che l'emiplegia, se destra, sia associata ad afasia (E. M.)]. Vedremo che gli stessi accidenti detti congestivi non sono infrequenti anche nel corso della malattia costituita: [ne sono anzi una caratteristica (" attacchi paralitici ") (E. M.)].

Altre volte, senza perdita di coscienza, spesso risvegliandosi, l'ammalato è colpito ad un tratto da afasia parziale o totale. Egli si accorge con sua meraviglia di non trovare più le parole, di non saperne più proferirne una sola, di non sapere più scrivere. Quest'*afasia* è *transitoria*, non dura che un'ora o due, e spesso scompare del tutto per ricomparire un mese, due mesi dopo nella stessa forma di accessi passeggieri e senza che nell'intervallo abbia persistito alcun disturbo notevole. Però spesso avviene anche che questi accessi sieno seguìti da un leggierissimo grado d'afasia [o meglio di parafasia, e di agrafia e paragrafia], che più tardi si confonderanno insensibilmente col caratteristico impaccio nella parola [e col disordine atassico della scrittura (E. M.)].

In altri casi si osservano *accessi epilettiformi*. Questi possono essere affatto identici agli accessi dell'epilessia essenziale, ma molto più spesso si mostrano sotto forma d'epilessia parziale, *motrice* o *sensitiva*. In quest'ultimo caso l'accesso è più significativo: anche a questo punto il medico, quando riscontrerà la sindrome dell'epilessia parziale *sensitiva* in un individuo, nel quale non avrà trovato alcun disturbo concomitante, dovrà tenere sempre come riservata la diagnosi di paralisi generale. Esistono infatti, ed anche noi ne conosciamo un numero abbastanza grande, dei casi in cui questa sindrome si è manifestata allo stato d'isolamento un anno ed anche diciotto mesi prima che s'iniziassero gli altri sintomi della malattia (*a*).

Come gli attacchi apoplettiformi, anche gli *accessi* convulsivi non sono costanti, e possono mancare non solamente a questo periodo, ma ancora durante tutto il corso dell'affezione. Altre volte sopraggiungono in seguito con tale frequenza da costituire un vero acme di morbo (*état-de-mal*) [analogo a quello dell'epilessia], che spesso conduce alla risoluzione fatale.

La scena morbosa può anche iniziarsi con *nevralgie:* queste occupano il territorio del trigemino attaccandone una branca o più d'una, ed accompagnate talora da disturbi secretori e da placche d'anestesia. Le *cefalee* sono ugualmente frequenti in questo periodo, e rivestono in generale caratteri poco precisi. Codesti sintomi sono tali che possono non attirare l'attenzione, ed il loro valore semeiologico solitamente non è riconosciuto. Ben altrimenti deve

---

(*a*) [Cfr. Lemos Magalhaes, L'épilepsie sensitive et la par. gén.; *Verhandl. d. X. intern. medicin. Congress*, Berlin, Bd. IV, Abth. IX. — La comparsa di attacchi di epilessia sensitiva parziale nei primordii della paralisi, che come si ammette oggi dai più è affezione primordialmente corticale, reca appoggio alla dottrina della pluralità nosografica dell'epilessia sostenuta da alcuni nostri alienisti. Veggasi: Tonnini, Le Epilessie, Torino, Bocca, 1890; e Roncoroni, Tratt. clin. dell'Epilessia, Milano, F. Vallardi, 1895 (E. Morselli)].

dirsi di un'altra sindrome, della quale Charcot ha messo in evidenza l'alto significato: si tratta dell'*emicrania oftalmica*, la quale si mostra abitualmente, in tali casi, nella solita forma cosidetta *accompagnata* [o *comitata*]. Questa emicrania è caratterizzata dallo scotoma scintillante: il paziente crede di vedere una specie d'atmosfera in movimento circoscritta da linee spezzate e colorate. Una cefalea sottorbitaria interviene in seguito, ed infine sopraggiungono vomiti, che completano il quadro, almeno nei casi *semplici*. Quando l'emicrania oftalmica è comitata, si aggiungono a tutto ciò od emiopia, od afasia, o torpore o paresi del braccio, od attacchi epilettici parziali; e ciascuno di questi fenomeni, ordinariamente transitori, può persistere per un tempo più o meno lungo. Nei casi riferiti da Charcot (1) e da Parinaud (2) questi accidenti hanno sempre preluso allo sviluppo della paralisi generale: uno di noi (3) ha ulteriormente mostrato che l'emicrania oftalmica comitata potrebbe intervenire anche nel corso della malattia già costituita, e rappresentare in tal guisa un episodio prodromico od un episodio intercorrente (*a*).

I primi segni della malattia talora sono anche dati da *disturbi paralitici:* questi sono allora costituiti da paralisi dei nervi cranici [e degli oculo-motori, in particolar modo]. Queste raramente sono complete, interessano uno o più nervi o solamente rami isolati di questi; infine è raro che esse siano persistenti. Uno dei disturbi che più frequentemente ne derivano è la ptosi: si osservano pure lo strabismo e la diplopia. Appunto perchè transitori questi disturbi [che del resto indicano una vera oftalmoplegia esterna (E. M.)] spesso non vengono riconosciuti.

L'*ineguaglianza pupillare* e la modificazione dei riflessi alla luce devono anch'esse figurare fra i prodromi della malattia; però esse appartengono piuttosto al periodo di stato, nel quale appunto li studieremo più a lungo. [Da principio non si osserva molte volte che un lievissimo ritardo nel riflesso irideo, od una irregolarità nel contorno pupillare: ad ogni modo è già in corso l'oftalmoplegia interna caratteristica (E. M.)].

Si sono osservate *paresi degli arti* manifestatesi o senza causa apparente o in seguito ad un colpo. Rivestono esse la forma monoplegica od emiplegica ed hanno durata brevissima. Il *tremore* caratteristico della malattia può anche manifestarsi in principio sotto forma di stanchezza precoce.

In questo stesso periodo si notano disturbi dei *diversi apparecchi* ed in particolare fenomeni *dispeptici:* digestioni penose accompagnate da tensione dell'addome, rutti, vampe di caldo al viso. Al contrario, l'appetito può trovarsi aumentato, soprattutto quando predominano i fenomeni d'eccitazione. Quasi sempre il sonno è disturbato sul principio; spesso sopraggiunge un insonnio tenace e che difficilmente si può calmare coi mezzi abituali; altre volte il sonno è soltanto interrotto da incubi; talvolta infine l'ammalato accusa invece sonnolenza [e si appisola non di rado nelle società, nei luoghi pubblici, senza badare alle convenienze sociali (E. M.)].

Forme prodromiche. — I sintomi che noi abbiamo enumerati determinano, coi loro diversi modi di aggrupparsi, delle forme prodromiche per la massima

(1) Charcot, Leçons sur les maladies du système nerveux, t. III, pag. 78.

(2) Parinaud, Migraine ophthalmique au début d'une paralysie générale; *Arch. de Neurologie*, 1883, pag. 57.

(3) P. Blocq, Migraine ophthalmique et paralysie générale; *Arch. de Neurol.*, n. 54.

(*a*) [Lo stesso fatto si osserva nell'epilessia, come rilevò il dott. Musso della mia Clinica, in *Morgagni*, 1884 (E. M.)].

parte ben descritte. Oltre quelle delle quali abbiamo sinora parlato, ve n'è una che è troppo poco nota e sulla quale uno di noi [in Francia, ed il Morselli in Italia] hanno particolarmente insistito: la *forma neurastenica* (1).

Sin dal principio, a seconda che predomina l'*eccitazione* o la *depressione*, il periodo prodromico riveste due aspetti diversi, ma ugualmente caratteristici. Può darsi che anche per molto tempo la malattia si manifesti con un solo segno, con una *sindrome unica*, epilessia sensitiva, emicrania oftalmica, paralisi oculare.

In certi casi la paralisi generale si sviluppa nel corso dell'*atassia* locomotrice; i prodromi sono in tal caso rappresentati dai sintomi della tabe (*a*).

Infine un complesso sintomatico analogo al quadro della *neurastenia* costituisce, in buon numero di casi, il periodo prodromico (periodo prodromico a forma neurastenica). La stanchezza, la cefalea, i dolori, la dispepsia da una parte, le preoccupazioni ipocondriache dall'altra, sopraggiungendo senza coesistenza di disturbi somatici accusano una somiglianza coll'irritazione spinale, somiglianza che si spinge fino all'identità. Però certe particolarità rivelateci da un'osservazione più attenta permetteranno il più delle volte di stabilire una differenza. Nel paralitico generale i sintomi sono più mobili, i fenomeni dolorosi più intensi, più vari che nel neurastenico. Le sofferenze accusate dal paralitico generale talvolta sono singolari, e l'ammalato si lagna di sensazioni strane non contemplate dalla semeiologia, pur tanto diffusa, della neurastenia: talvolta infine il paralitico generale si crede d'un tratto guarito e ne attesta la propria soddisfazione con entusiasmo, salvo a lagnarsi di nuovo dopo qualche giorno. [Questo entusiasmo del povero ammalato, che si riversa sul medico con esuberanza di ringraziamenti ed espressioni spesso iperboliche (*Ella è il mio salvatore, Ella mi ha ridonata la vita*, ecc.), è affatto caratteristico della paralisi generale, ne preannunzia l'ottimismo e la inconsapevolezza futura, nè si osserva mai nella neurastenia vera. La neurastenia preparalitica spesseggia fra gli antichi sifilitici, come l'ha notato Fournier: talvolta essa assume un decorso remittente, quasi periodico o ciclico, e può durare varii anni (E. M.)].

Tuttavia nella maggior parte dei casi di questo genere, solo la comparsa di un sintoma caratteristico — tremore, impaccio nella parola — permetterà di decidere la questione della diagnosi. [Ma il ritardo dei sintomi fisici è talvolta di più anni, e la paralisi si limita dapprincipio a disturbi della sfera psichica. Recentemente il Belkowsky (*b*) ha descritto uno di questi casi in cui la diagnosi era stata errata da molti celebri alienisti. Notevole, per quanto assai rara, è la forma prodromica *amiotrofica* (Joffroy). Vi sono pure casi in cui la paralisi comincia con artropatie d'indole tabica (E. Morselli)].

Periodo di stato (*c*). — I sintomi del periodo di stato per lo più non differiscono, per la loro natura, da quelli del periodo prodromico; ma si mostrano più sviluppati e considerevolmente amplificati; perciò, dal punto di vista didattico possiamo adottare per essi la divisione già usata pel periodo prodromico.

---

(1) G. Ballet, La période prodromique à forme neurasthénique dans la paralysie générale; *Sem. méd.*, novembre 1893. [Cfr. anche Morselli, *Gazz. degli Ospedali*, 1894].

(*a*) [Un buon caso tipico di tale inizio della psicopatia paralitica è stato riferito or è poco da Chabbert, *Arch. de Neurologie*, XXVII, giugno 1894 (E. M.)].

(*b*) Cfr. Belkowski, in *Centralbl. für Nervenheilk. u. Psychiatrie*, 1894.

(*c*) [La divisione classica del decorso della paralisi generale progressiva è in primo, secondo e terzo stadio (E. M.)].

A. Disturbi psichici. — Alcuni sono costanti, come l'*indebolimento dell'intelligenza* e la *demenza;* altri sono incostanti come i *delirii* e le *allucinazioni.*

Le alterazioni nell'*intelligenza* possono in principio trovarsi relativamente mascherate da quell'iperattività funzionale, colla quale ordinariamente s'inizia la malattia, e che determina specialmente un'esaltazione più o meno spiccata delle facoltà intellettuali [stadio di dinamìa funzionale, secondo Régis (E. M.)]. Ma esse esistono sempre, ed anche nel caso sopraccennato si potranno scoprire, con un'analisi minuziosa, un'incoerenza ed una instabilità rilevanti nelle idee. In capo a breve tempo si fa evidente un reale decadimento della potenza cerebrale, decadimento che progredisce poi insensibilmente fino a giungere alla demenza, la quale costituisce il disturbo fondamentale della malattia giunta a un certo grado di sviluppo.

Questo decadimento dell'energia psichica colpisce, in diverso grado, tutte le modalità funzionali del cervello — *intelligenza* ed *affettività*, [*coscienza*, lato *estesiodico* e lato *cinesiodico* dell'arco psichico (E. M.)] — senza risparmiarne una sola.

L'alterazione più precoce e più significante è rappresentata dall'indebolimento, poi dalla perdita della *memoria.* Carattere dell'amnesia della paralisi generale è quello di estendersi a tutta la memoria, cioè a tutti gli ordini di sensazioni e di immagini, e di distruggerle tutte con un certo andamento regolare, sopprimendo prima i ricordi più recenti.

[L'alterazione della memoria dei paralitici è il tipo della *dismnesia organica incurabile:* essa è progressiva e dissolutiva, ed offre molta analogia con quella della senilità decrepita. Il Sollier, che ce ne ha dato una bellissima descrizione (*a*), osserva che dinnanzi ad un indebolimento della memoria sopraggiunto progressivamente in un soggetto nel vigore dell'età, da 30 a 50 anni, il primo concetto diagnostico del medico dev'essere quello della paralisi generale. Da principio l'amnesia può essere nascosta sotto le parvenze di quella dinamia funzionale che caratterizza l'esaltazione di molti infermi, ma poi le lacune dei ricordi non tardano a rivelarsi. Tale amnesia *non retrocede mai:* può attenuarsi il delirio, possono sopraggiungere periodi di calma, ma la dissoluzione della memoria guadagna sempre terreno in modo lento, subdolo, fatale, e ciascun giorno è, si direbbe quasi, segnato dalla scomparsa e dall'offuscamento di qualche ricordo. Qui soprattutto si verificano le leggi psicopatologiche così egregiamente illustrate dal Ribot (*b*): 1° i ricordi recenti scompaiono prima degli antichi; 2° i ricordi più complicati si disfanno prima dei più semplici, e quindi gli astratti prima dei concreti; 3° le idee scompaiono prima dei sentimenti; 4° i ricordi che più resistono sono quelli organizzati fin dalle prime fasi dello sviluppo mentale (E. Morselli)].

Si constatano [ben presto] i disturbi grossolani che sono la conseguenza di questi disordini, non solo nel dominio intellettuale, ma ancora nel dominio morale. Gli ammalati non ricordano più i particolari della loro vita di ieri, non sanno più i nomi propri, commettono errori madornali nei calcoli più semplici, poi perdono gli oggetti d'uso più comune, cappello, ombrello, non riconoscono più i conoscenti che incontrano per via; per la medesima smemoratezza trascurano la persona e l'abbigliamento, e non osservano le più

(*a*) Sollier, Les troubles de la mémoire; Paris, *Bibl. Charcot-Debove*, 1892, trad. in ital. per cura dell'Unione Tip.-Editrice Torinese, nella *Piccola Biblioteca Medica*, 1ª serie.

(*b*) Cfr. Ribot, Les maladies de la mémoire; Paris, F. Alcan, 9ª edizione, 1894. [Cfr. Morselli, Manuale di Semejotica delle Malattie mentali; Milano, vol. II, 1895, pag. 771 e seg.].

elementari convenienze della vita. Dalla loro difficoltà di coordinare e sintetizzare le idee nascono *disordini di giudizio*, che dànno luogo a concetti erronei [primo nucleo dei delirii (E. M.)]. Il lavoro diventa ad essi penoso, lentissimo, e l'inettitudine ad ogni occupazione anche materiale diviene bentosto assoluta. L'*attenzione* è debole; le idee sono anch'esse mobili e contradditorie. L'*immaginazione*, dapprima esageratamente attiva, poi sregolata, si perde. La *volontà*, attiva, a dir vero, ma senza continuità, senza perseveranza, cede ben presto alla irresolutezza ed all'apatia più profonda.

I disturbi dell'*affettività* si manifestano soprattutto coll'*indifferenza* pei parenti. Il *carattere* è modificato; l'ammalato diventa debole, irritabile, puerile, astioso verso le persone che lo circondano; perde ogni nozione delle convenzioni sociali, si rende trascurato nelle parole e negli atti, giunge a commettere le più gravi indelicatezze.

La demenza passa nel suo sviluppo per diverse fasi. Al principio essa può essere rilevata solo da coloro che avvicinano l'ammalato: questo impiega maggior tempo di prima nel fare un dato lavoro; se è un commerciante, commette inesattezze od errori nei suoi conti; se è un operaio, sciupa il materiale da lavoro; se è un professionista, fa errori d'ortografia e cancellazioni. Tutti hanno una memoria infida, dimenticano le visite, gli appuntamenti.

Un po' più tardi la demenza si avverte parlando coll'ammalato, da lacune nei ricordi, da difetto d'attenzione, da inettitudine a comprendere, dalla puerilità del linguaggio. Infine, ad un grado più avanzato, la memoria è completamente perduta; l'ammalato non trova più le parole, comprende appena le questioni che gli si muovono, non ha coscienza alcuna del tempo nè del luogo.

Questo indebolimento intellettuale progressivo e generale, che conduce insensibilmente alla demenza terminale, è talvolta l'unico sintoma psichico, ma talvolta è accompagnato da *idee deliranti*. Vi è dunque una paralisi generale *senza delirio*, ma non v'è paralisi delirante *senza disturbi psichici*. Baillarger si era fondato anche sulla incostanza del delirio per dividere la paralisi generale in due varietà: la demenza paralitica e la follia, dualismo che ormai è affatto abbandonato.

Il delirio non solo non è costante, ma è anche transitorio, variabile per forma da un ammalato ad un altro, e nello stesso ammalato. Quanto alla proporzione fra i paralitici generali con delirio e quelli senza delirio, ecco le cifre, raccolte da uno di noi sugli ammalati entrati alla clinica di Sainte-Anne dal settembre 1892 al maggio 1893. Su 55 ammalati, 36 ($^2/_3$) hanno manifestate idee deliranti (28 U. 8 D.), 19 non ne hanno avute (15 U. 4 D.). Press'a poco questa è la cifra data da Clouston. J. Bullen (1) invece non trova che il 15 per 100 di deliranti.

Le *idee deliranti* rivestono la forma di delirio espansivo (di soddisfazione, di orgoglio, di grandezza) o di delirio depressivo (melanconico, ipocondriaco, di persecuzione), in una proporzione variabile, e che gli autori hanno cercato di determinare. J. Bullen pensa, nonostante l'opinione contraria di alcuni osservatori, che il tipo espansivo sia predominante: Egli lo ha trovato nel 64 per 100 dei casi, mentre la depressione non si verificava che 13 volte su 100. Anche noi abbiamo trovata una proporzione simile: su 26 casi il delirio espansivo solo esisteva 14 volte, e si mostrò 7 volte alternato col delirio depressivo, il quale non fu visto isolato che 5 volte. [Anche gli autori italiani

(1) John Bullen, *Journal of mental science*, aprile 1893.

notano in generale predominio del delirio espansivo. Un buon lavoro del Lojacono dà queste cifre: forma espansiva, uomini 56, donne 44 %; forma depressiva, uomini 16, donne 11 %; forma circolare, uomini 9 %; forma demente, uomini circa 14, donne 33 % (E. M.)].

Il *delirio orgoglioso* non è che la traduzione mentale della iperattività funzionale del periodo prodromico portata all'estremo. Esso si estende dalla contentezza, dalla fiducia in sè, dalla semplice soddisfazione beata [ottimismo], fino alle idee più stranamente mostruose. L'ammalato è contento della propria persona, entusiasta della sua costituzione e della sua condizione. Vanta continuamente l'eccellenza della sua salute e robustezza, il vigore dei suoi muscoli, la freschezza del suo colorito, la sua resistenza alla fatica, ecc.: i suoi abiti sono sfarzosi, la sua abitazione è superba, ecc. In un periodo ulteriore l'esagerazione diventa eccessiva: chi pretende atterrare le case con un soffio, chi si dice capace di sollevare un quintale, chi di bere una botte, chi non è mai stanco, per quanto si affatichi. Infine compaiono le idee megalomaniache e gli ammalati si attribuiscono a piene mani titoli, potenza, ricchezze. Sono deputati, duchi, principi, generali, re, imperatori, papi, Dio..... Non v'è limite per la loro ricchezza, che si conta a milioni, a miliardi e a miliardi di miliardi. Essi offrono onori e, a parole, distribuiscono fortune ai loro interlocutori, mentre progettano di impiegare le loro ricchezze in imprese gigantesche ed inverosimili.

Il tipo della forma depressiva è il *delirio ipocondriaco*, sul quale Baillarger ha richiamata l'attenzione nel 1857. In un primo periodo le preoccupazioni degli ammalati non sembrano per nulla inverosimili. Essi si lagnano soltanto di sensazioni vaghe, di mali di stomaco, di stipsi, di disturbi uterini. In un secondo periodo i loro dolori si fanno vere idee deliranti presentanti uniformemente un carattere negativo (*delirio di negazione*). Essi credono che i loro organi siano otturati o distrutti; essi non hanno più gola, nè bocca; il loro stomaco è pieno, i loro arti sono ingrossati. Altri sostengono di non poter più aprire gli occhi, nè deglutire, nè defecare. Ad un terzo grado infine essi negano persino la propria esistenza, giungono persino a credersi morti. Questo delirio ipocondriaco era già stato considerato altre volte come patognomonico, ma tale asserzione è troppo assoluta; il delirio di negazione infatti si incontra anche nella melanconia ansiosa, [dove, però, è sempre più sistematico e coerente (*a*) (E. M.)].

La tendenza depressiva non si manifesta soltanto sotto questa forma; si esplica anche con idee *malinconiche* e talvolta con delirio *lipemaniaco*. L'ammalato in tal caso è indifferente, triste, apata, ed il suo abbattimento può giungere fino allo stupore. Altri sono assaliti da idee di *rovina*, di *colpevolezza* che li invasano al punto da spingerli al suicidio. Si sono pure osservate idee di *persecuzione*, ma in casi molto più rari: esse sono molto vaghe ed in generale mal sistematizzate; talvolta però la sistemazione [delle idee deliranti in delirii armonicamente elaborati] sarebbe stata tanto perfetta da trarre in errore [e fare scambiare una paralisi per una paranoia tardiva a evoluzione cronica (E. M.)].

Tutte queste idee deliranti, qualunque forma espansiva o depressiva rivestano, presentano però *caratteri comuni* e speciali, che J. Falret (1) ha il merito di aver messo in luce, e che le differenziano dai deliri analoghi delle altre psicopatie. Esse sono *multiple*, *mobili*, *senza motivo*, *e fra loro contraddittorie*.

(*a*) Cfr. Séglas, Le délire des négations, Paris, Masson et Gauthier-Villars (s. d. 1895), pagg 190-201 (E. M.).

(1) J. Falret, Recherches sur la folie paralytique; Thèse de Paris, 1859.

È facile constatarne la moltiplicità; in fatto l'ammalato non presenta una sola idea delirante, ma parecchie; egli, per esempio, è nel tempo stesso imperatore e senatore, [e, ancor più tipicamente, potente re, famoso baritono e fortunato inventore (E. M.)]. Da ciò risulta anche la *mobilità* delle idee: ad un'affermazione ne segue tosto un'altra. L'assurdità è il carattere più saliente di queste idee: gli ammalati accolgono senza discernimento tutte quelle che si presentano alla loro mente. Le idee deliranti infine sono fra loro contradditorie, e lo stesso ammalato che si vanta di possedere milioni confessa, se l'interrogate, che è operaio e guadagna cinque lire al giorno. Christian e Ritti hanno notato inoltre che le idee sono portate d'un tratto ai limiti estremi della stranezza, qualunque sieno il grado d'istruzione o la condizione sociale degli ammalati. [In sostanza è un delirio demenziale (E. M.)].

Quanto al decorso di questi delirî, se ne conoscono parecchie varietà. Talvolta la forma orgogliosa o la ipocondriaca persiste isolata per tutta la durata della malattia. Altre volte una forma di delirio succede all'altra; dopo un periodo d'eccitazione si ha un periodo di depressione. Si è anche caratterizzata questa varietà col nome di *paralisi generale a doppia forma* o *forma circolare della paralisi generale* (*a*). Infine avviene che uno stesso ammalato presenti l'una e l'altra modalità del delirio simultaneamente: le idee orgogliose sono commiste alle ipocondriache, dando luogo alla successione di idee affatto differenti tra loro.

Si osservano *allucinazioni* nel quadro della paralisi generale? Tale questione fu molto controversa. Certi autori le hanno negate sostenendo anzi che la loro assenza sia caratteristica di questa malattia (Hupifert). Secondo altri esse esistono solo quando avvi la complicazione dell'alcoolismo. Certi autori le ammettono, ma le ritengono molto rare (Magnan, Hagen, Dagonet, Krafft-Ebing); per molti esse sarebbero abbastanza comuni (Mendel, Brierre de Boismont, Voisin, Foville). Che anzi sarebbero pochi i paralitici non allucinati ad un certo periodo della malattia, secondo Christian e Ritti, ma le loro allucinazioni non avrebbero nè la fissità nè la continuità delle allucinazioni degli altri alienati. [Le allucinazioni visive, non rare quanto si credeva, hanno un carattere speciale: sono, cioè, in rapporto coi fatti di eccitamento o di depressione. Certi infermi hanno visioni celestiali molto ben descritte da Christian: un mio ammalato assisteva a una vera fantasmagoria paradisiaca, commista a scene erotiche. Altri hanno invece visioni di animali minacciosi senza che con ciò ne siano terrificati come i melanconici. Talvolta invece di immagini allucinatorie, il malato percepisce tutti gli oggetti in tinta uniforme, o anche in color rosso (*eritropsia* del Ladame); ma non si può escludere il sospetto che in tutti questi casi agisca l'alcoolismo (E. Morselli)].

Per osservazioni da noi fatte ci sembra certo che, oltre alle allucinazioni d'origine alcoolica, la cui frequenza è in rapporto cogli eccessi abituali nei paralitici al periodo iniziale, esistono allucinazioni visive, acustiche e tattili, che devonsi riferire propriamente alla paralisi generale. Queste però sono molto più rare che non nei pazzi.

[Un ben più sicuro fenomeno psicopatico della paralisi progressiva è dato dall'alterazione del *tempo psichico*, cioè dal cangiamento morboso nella *durata*

(*a*) [Ne fu descritto un bel caso, con ricerche accurate sulle vicende termometriche, dal Maccabruni; *Arch. mal. nerv. e ment.*, 1883 (E. M.)].

dei processi mentali (Obersteiner, Buccola, Kraepelin, Tanzi, Bevan Lewis, Tchige, Maria Walitzky, ecc.). Si sa che le indagini psicometriche richiedono un lungo e paziente tirocinio tecnico da parte dell'osservatore ed apparecchi speciali che certamente non sono alla portata dei pratici, e però questa parte della semeiotica della paralisi generale spetta soltanto agli studi di laboratorio o di clinica (*a*). Tuttavia sarà opportuno ricordare qui almeno le conclusioni principali degli autori sunnotati, e cioè: 1° il tempo di reazione ad una percezione semplice è rallentato fino dai primordii dell'affezione; e tale rallentamento è sempre proporzionato all'indebolimento dell'intelligenza e ai disturbi di motilità; 2° il tempo di scelta è più lungo nella demenza paralitica primitiva, al pari che nella mania; 3° il tempo di associazione può essere accorciato, massime durante lo stadio iniziale espansivo, ma ciò deriva dall'accresciuta funzione automatica delle facoltà intellettuali che contrasta con la diminuita attività volitiva; 4° di mano in mano che si estinguono le facoltà intellettuali, la funzione automatica si affievolisce, il tempo psichico si allunga, le reazioni si disordinano, la percezione sempre più si rallenta, e in ultimo la durata dei processi mentali non è neppur più misurabile (demenza); 5° durante le remissioni della paralisi, al risveglio della intelligenza corrisponde un parziale ricupero del tempo psichico normale (E. Morselli)].

B. Disturbi somatici. — *Disturbi nella motilità.* — Contrariamente a quanto sembra implicito nell'espressione " paralisi generale " si è riconosciuto che, in onta all'opinione degli antichi autori [Bayle, Georget], i veri disturbi motorî della paralisi generale non consistono nella *paralisi.* Infatti l'ammalato non perde mai, in nessun periodo della malattia, la facoltà di contrarre volontariamente i muscoli. Tuttavia pare stabilito dalle ricerche di Chambard (1) che in parecchi casi esiste un certo grado di paresi, se non nel periodo iniziale, almeno nei periodi più avanzati, ancorchè questi ammalati possano talora, durante gli accessi di eccitazione maniaca transitoria, sviluppare per un tempo più o meno breve un vigore relativamente considerevole, e contrastante colla loro apparente debolezza. La prova dinamometrica praticata comparativamente sopra individui sani, alienati e paralitici generali, ha dimostrato allo stesso autore che esiste nei paralitici e negli altri alienati una differenza abbastanza notevole nella forza di prensione. Pare incontestabile d'altra parte che la difficoltà nel camminare, che sopraggiunge nel corso della malattia o nel suo periodo più avanzato, sia dovuta a debolezza muscolare.

Comunque sia, i disturbi motorî che dominano nella paralisi generale, e che specialmente la caratterizzano, sono: il *tremore* e l'*incoordinazione dei movimenti.* Questi disturbi possono o esistere singolarmente o coesistere in un ammalato.

Il *tremore* della paralisi generale non è permanente, cioè non persiste nel riposo completo. Il suo ritmo è piuttosto rapido, da 6 ad 8 vibrazioni al secondo. Si manifesta nei movimenti volontari, e si può dire che è proporzionale allo sforzo esercitato. Lefilliâtre ha immaginato un piccolo apparecchio molto semplice per misurare il tremore, specialmente quello della lingua (fig. 9). [Per la

(*a*) Cfr. Wundt, Grundzüge d. physiolog. Psychologie, IV^a ediz., 1894. — Buccola, La legge del tempo nei fenomeni del pensiero, Milano 1883. — Maria Walitzky, in *Revue philosophique*, XXVIII, 1889, p. 583. — Bevan Lewis, Text-book, ecc. e in *Dict. of psychol. Med.*, vol. II. — Morselli, Manuale, già citato, vol. II, 1895 (E. M.).

(1) Chambard, Tremblement et ataxie des paralytiques généraux; *Revue scientif.*, 15 gennaio 1881, n. 3.

lingua e l'apparato fonico vi sono pure altri apparecchi grafici del Marey e Rosapelly, del Goldscheider. Buono è il glossodinamometro del Féré con cui

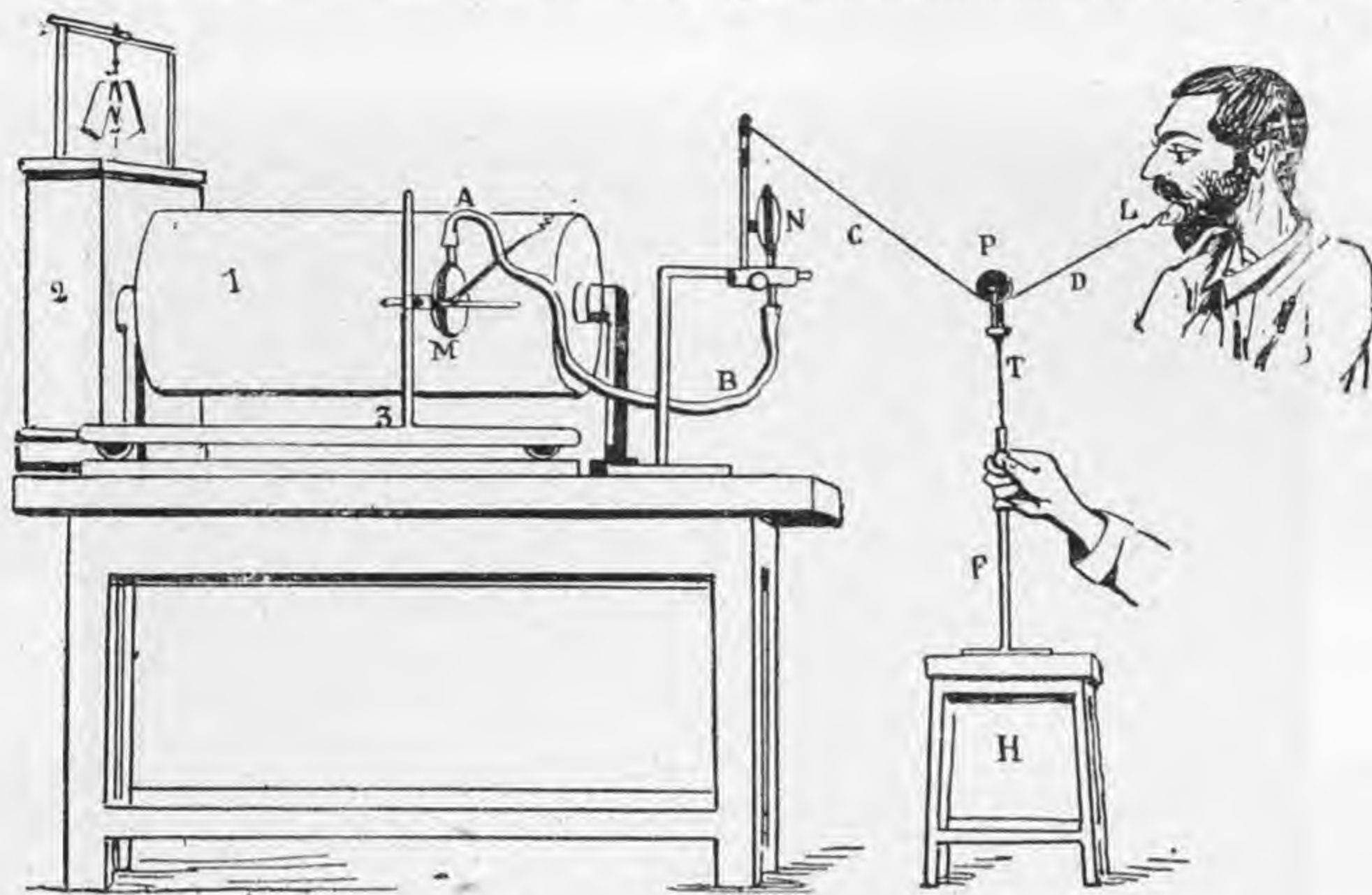



Fig. 9. — Apparecchio registratore del tremore della lingua.
L, Amo speciale che si fissa alla mucosa linguale. — C, D, Filo di crine. — P, Puleggia in legno leggierissima. — T, Asticella portante la puleggia e che può scorrere pel proprio peso in un tubo di melchior F. — H, Scanno che sostiene il tubo. — N, Tamburo di Marey speciale. — M, Tamburo di Marey registratore. — A, B, Tubo di caucciù (trasmissione). — 1, Cilindro registratore. — 2, Movimento d'orologeria di M. Verdin. — 3, Carrettello portante il tamburo M al quale permette spostamenti paralleli al cilindro.

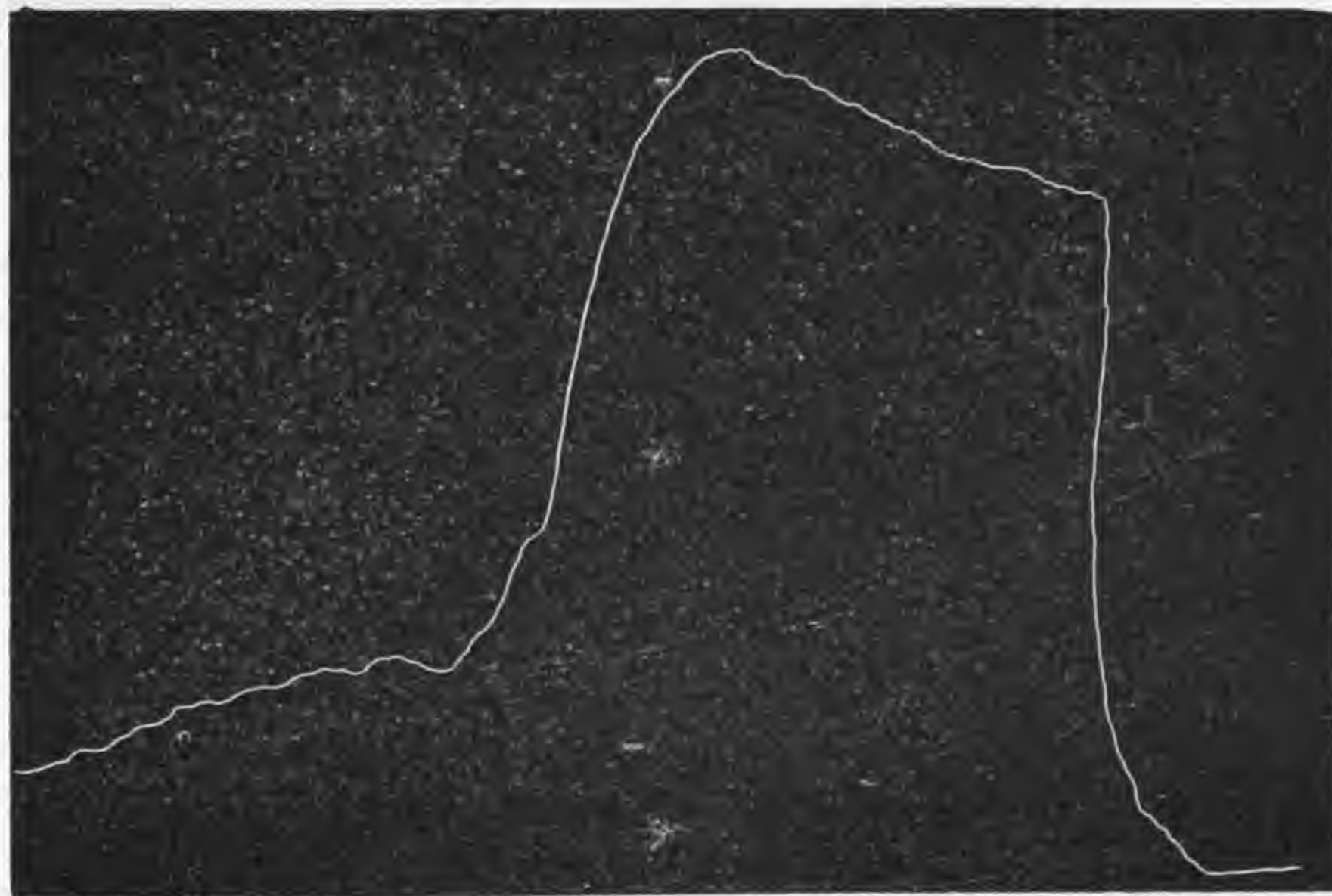



Fig. 10. — Contrazione muscolare normale.

si investiga la potenza muscolare della lingua e si riesce così a differenziare le disartrie paralitiche amiotrofiche dalle funzionali. Per lo studio del sistema muscolare in genere si possono usare i dinamografi di Chambard e di Morselli, il tromografo di Ughetti, ecc. (*a*) (E. Morselli)].

(*a*) Cfr. Morselli, Sulla dinamografia e sue applicaz. al diagnostico dei disordini motorii, ecc.; *Riv. sper. di Fren.*, 1885. — Ughetti, *Riv. sper. di Fren.*, 1893.

Sui tracciati qui uniti (figg. 10 e 11) si può vedere che allo stato normale la contrazione muscolare è rappresentata da una curva unita, e che al contrario nella paralisi generale la curva è data da una linea ondulata e tremolante.

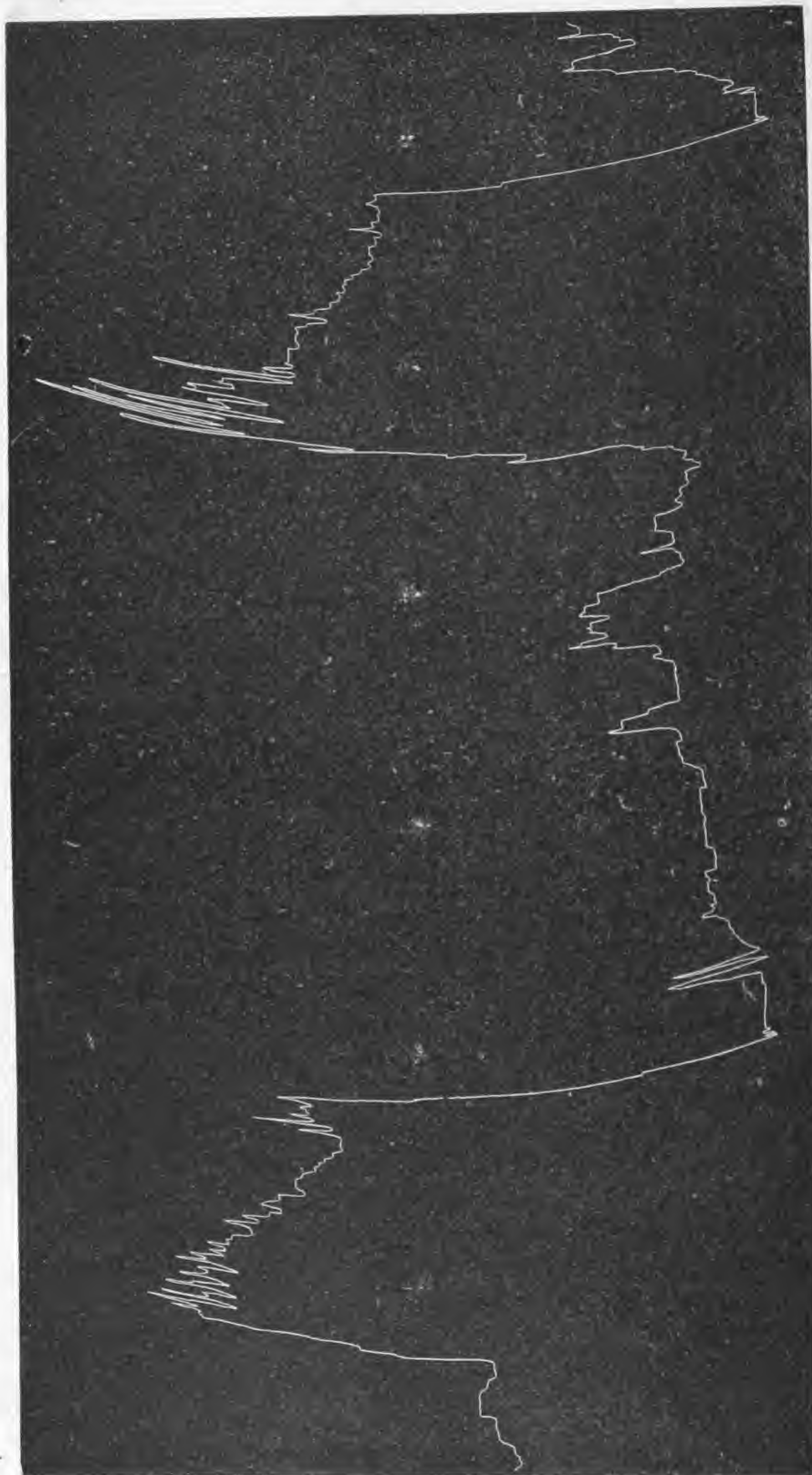



Fig. 11. — Contrazione muscolare nella paralisi generale (Chambard).

Il muscolo pare qui incapace di mantenersi in contrazione. L'influenza degli sforzi è parimente evidentissima, se si paragonano i tracciati ottenuti dall'arto tremolante in diverse posizioni (fig. 12).

Il tremore invade prima le *labbra*, la *lingua* ed i muscoli della *faccia*. Nullo o quasi nullo in riposo (fig. 13), esso si manifesta tosto che l'ammalato apra la bocca per parlare. Lo si osserva allora sotto forma di piccole scosse

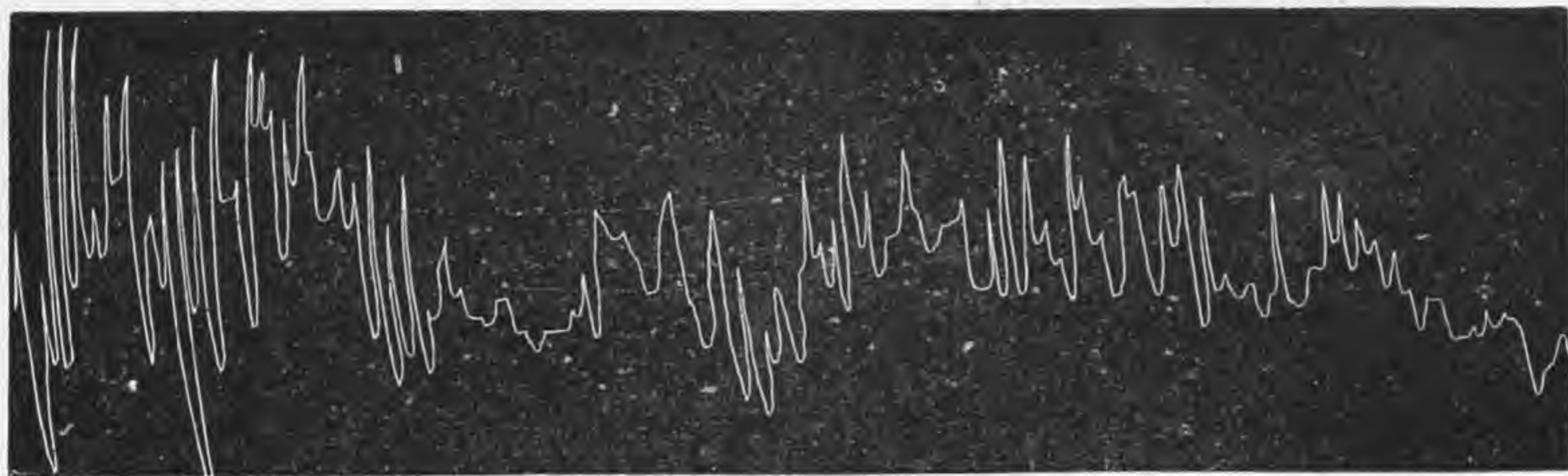



Fig. 12. — Tremore della mano in atto di giurare: scariche muscolari.

Fig. 13. — Lingua in riposo dentro la bocca.

Fig. 14. — Tremore della lingua (lingua fuori della bocca).

rilevabili specialmente agli zigomatici ed ai muscoli del mento. Si è quasi certi di provocarlo, facendo sporgere la lingua all'ammalato (fig. 14). Si notano dei movimenti fibrillari (tremore vermicolare di Baillarger), più pronunziati quando la lingua sporge dalla bocca. Talvolta tutta intera la lingua è agitata da una vera scossa ed è spinta alternativamente innanzi ed indietro (movimento di tromba, Magnan); ma questi ultimi movimenti sono dovuti, non più al tremore, ma all'incoordinazione motrice. Le vibrazioni della lingua portano seco disturbi nell'articolazione delle parole; su questi torneremo più tardi.

Il tremore può restare più o meno limitato alla *faccia*, ma molto spesso s'estende agli arti *superiori*, attaccando talora un lato solo per generalizzarsi in seguito. Evidentemente risulta da ciò un disturbo funzionale considerevole, specialmente pei delicati movimenti della mano, ed in particolar modo per la scrittura. Abbiamo notato che spesso il tremore affetta per un tempo piuttosto lungo gli arti che sono stati sede dell'epilessia sensitiva nei casi in cui questa sindrome figura tra i prodromi.

[Secondo L. Bianchi (*a*) il tremore dei paralitici al principio della malattia è spesso vibratorio, a malattia inoltrata può diventare oscillatorio. Le oscillazioni sono disuguali e il loro numero è in media da 5-6 per secondo: questo tremore appartiene, dunque, al tipo lento della classificazione di Charcot. Per

(*a*) L. Bianchi, in *Arch. ital. Malattie nervose*, 1889.

coglierne i minimi indizi basta fare estendere l'arto superiore e allargare le dita della mano protesa: le dita subito incolte dal tremore oscillano in senso orizzontale, e se l'ammalato tenta di arrestarle, i movimenti divengono perfino spastico-clonici (E. MORSELLI)].

L'*incoordinazione dei movimenti* è assai caratteristica e non rassomiglia punto a quella della tabe. Le sue contrazioni muscolari sono più ampie e soprattutto più rapide. Sulle curve miografiche l'atassia appare sotto forma di serie d'oscillazioni di grande ampiezza che modificano a un tratto il corso del tracciato e per le quali Chambard ha proposto il nome di *scariche*.

Descrivendo il contegno della *lingua*, abbiamo detto che l'atassia si manifestava in essa coll'aggiunta, alle scosse fibrillari prodotte dal tremore, di movimenti detti di *tromba*. Agli arti inferiori la stessa incoordinazione si manifesta assai per tempo sotto forma di una disarmonia nei movimenti, che impaccia nell'esercizio della professione quando questa esiga una certa abilità manuale. Questo disturbo produce quindi un precoce impaccio professionale ai disegnatori, incisori, orologiai che in breve non possono più occuparsi nei loro delicati lavori. L'ammalato si fa tanto maldestro che ben presto coloro che lo avvicinano sono colpiti da questo fatto; il malato stesso si avvede di questo impedimento a compiere anche gli atti più semplici; egli non può più abbottonarsi, nè caricare l'orologio; è incapace d'infilare un ago [o di fare movimenti delicati di presa, massime a mano estesa (E. M.)].

Ma questo disturbo si rende soprattutto rilevabile pel disordine della *scrittura*, a tal punto che una firma permette talvolta di stabilire la diagnosi. Talvolta la scrittura è alterata, non solo pei disturbi motorî, ma ancora pei disordini psichici ai quali sono dovute le ommissioni di parole e di lettere, le ripetizioni, gli errori d'ortografia, le cancellature... Il tremore e l'incoordinazione producono per la loro parte il non parallelismo delle linee e soprattutto l'irregolarità delle lettere i cui tratti sono spezzati, tortuosi, specialmente nelle gambe più lunghe, come si vede bene nelle figure che qui presentiamo (figg. 15 a 18).

[Le alterazioni della scrittura nella psicopatia paralitica sono forse le più caratteristiche che ci offra la neuropatologia. Sotto il riguardo diagnostico, esse eguagliano, se non superano, quelle stesse della loquela (*a*). In generale il linguaggio grafico presenta le stesse lesioni dell'articolato, e cioè lesioni materiali di esecuzione, di forma, di contenuto, ecc., e segnatamente *discinesiografie*, *disendografie* e *dislogografie*. Le prime naturalmente contraddistinguono meglio la paralisi, e vanno dal più semplice tremolìo dei sottili filetti delle lettere, fino alla assoluta impossibilità di tracciar segni sulla carta, fino all'agrafia paralitica completa. Fra i disturbi del linguaggio grafico interno entrano le varie agrafie centrali, la paragrafia, e quella ipergrafia che induce molti paralitici a scarabocchiare continuamente segni indecifrabili, al pari di quelli cotanto comuni nella demenza. Qui vanno anche poste in buona parte le dimenticanze di lettere e sillabe, e la frequentissima paralessia ed alessia. In quanto ai disturbi ideativi rivelati dagli scritti essi non sono diversi da quelli corrispondenti del linguaggio parlato: sono la traduzione del delirio, dell'incoerenza, dell'indebolimento psichico progressivo.

(*a*) Cfr. RAGGI, Gli scritti dei pazzi; *Riv. clinica*, 1874. — ERLENMEYER, Die Schrift, 1879. — SÉGLAS, Les Troubles du Langage, Parigi 1892. — MORSELLI, Manuale, vol. II, pagg. 494-551. — GOLDSCHEIDER, Die Physiol. u. Pathol. d. Handschrift, 1891. — LOMBROSO, Grafologia, 1895, p. 119 e segg. — Nella pagina seguente all'unico facsimile dell'edizione francese ho creduto utile sostituirne quattro diversi (E. M.).

a

b

[Fig. 15. — Facsimile di scrittura di paralitico semplicemente ottimista al primo stadio. *a*, Scrittura ad occhi aperti; *b*, Scrittura ad occhi chiusi. (Dall'Ambulatorio privato del prof. Morselli).

Fig. 16. — Facsimile di scrittura di paralitico megalomane, al secondo stadio. (Dalla Clinica psichiatrica di Genova). — NB. L'ammalato ha voluto scrivere: " *La Banca generale pagherà la somma di lire italiane* 490 *milioni*. — *Rosmini Imperatore Amedeo* „ (Il nome dell'ammalato è Rebora).

Fig. 17. — Facsimile di scrittura di paralitico in istato di stupore, dopo un attacco apoplettiforme con afasia transitoria. (Dall'Ambulatorio privato del prof. Morselli). NB. Esempio di automatismo psichico: l'ammalato doveva scrivere — *Signor* — *Giovanni* — *Artiglieria* — 33.

Fig. 18. — Facsimile di scrittura di paralitico demente a stadio inoltrato. (Dalla Clinica psichiatrica di Genova). NB. Qui, oltre ai disgrafismi di natura meccanica, si osservano le tipiche amnesie di lettere e sillabe (E. M.)].

Sugli scritti di data diversa di un paralitico il neurologo è spesse volte in grado di stabilire le fasi dell' affezione, poichè l'alterazione morbosa dello scritto è proporzionata ai progressi continui del processo morboso. Ed ecco perchè essi sono di sommo aiuto nella diagnosi posteriore d'una paralisi in caso di contestazione di testamenti, contratti, donazioni, ecc. (E. Morselli)].

L'incoordinazione si estende molto tardi agli *arti inferiori*, e quando vi è giunta modifica più o meno la stazione e l'incesso. Questo, che sino allora si era conservato normale, diviene di giorno in giorno tanto più malagevole ed incerto, quanto più gravi sono il disordine nel movimento delle gambe, il tremore e l'incoordinazione cerebrale. Esso è soprattutto tardo ed impacciato: gli ammalati incedono penosamente, curvi in avanti, allontanando le gambe, a passi ineguali, talora lenti, talora precipitati, cadendo pesantemente con un piede sull'altro, sollevandoli appena: si fermano al minimo ostacolo e deviano dalla via retta. Le difficoltà vengono esagerate massime allorquando si tratta di mutar direzione, tornare indietro od arrestarsi. Questo incesso, per molti caratteri diverso da quello del tabetico, e il cui tipo venne da uno di noi chiamato *paralitico e titubante* (1), rassomiglia sino a un certo punto a *quello degli attori* quando sulla scena fingono di camminare all'oscuro. [Si differenzia poi da quello del tabico perchè questi ha dolorosa coscienza del suo disturbo d'equilibrio, mentre il paralitico inciampa e barcolla senza farvi attenzione (E. M.)].

Dobbiamo aggiungere che oltre a questi disturbi fondamentali del movimento l'imminenza delle *contratture* non è un'eccezione durante la paralisi generale. Talvolta lo spasmo si diffonde sotto forma di contrazione generale: talvolta abbiamo invece la forma monoplegica e più spesso ancora la paraplegia spasmodica, [ciò che sta in rapporto con l'esagerazione frequente dei riflessi tendinei (E. M.)]. Altre volte infine si tratta di contratture della nuca e di torcicollo (*a*). In tutti i casi la rigidità varia da momento a momento, ed il disturbo di solito è transitorio.

Un fenomeno speciale, molto comune in diverse psicopatie, si osserva anche assai frequentemente nella paralisi generale; è il digrignare dei denti. Esso consiste in continui movimenti di *deduzione* della mascellare inferiore, con tale frequenza ed intensità da produrre l'usura dei denti. Questa sindrome può comparire a tutte le fasi della malattia in modo intermittente.

[Trovano qui posto le indagini *elettrodiagnostiche* sulla paralisi progressiva. Boccolari e Borsari hanno trovato che la eccitabilità galvanica nerveo-muscolare è spessissimo diminuita; che la resistenza elettrica del corpo è invece aumentata, massime al capo in cui può raggiungere 2000 *ohm;* che il grado di contrattilità muscolare faradica è diminuita (*b*). Nei periodi avanzati della malattia io avrei osservato che si svolge la reazione degenerativa in molti muscoli, che naturalmente sono quelli colpiti da atrofia.

L'*amiotrofia* dei paralitici è evidentissima nei muscoli della lingua e delle labbra: la fisonomia assume spesso fino dai primordi una *facies* caratteristica, a mo' di maschera, che in certi casi può essa sola svegliare il sospetto della

---

(1) Paul Blocq, Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses; Paris 1893.

(*a*) [Per tale contrattura dei muscoli del collo, i paralitici tengono, in letto, quasi sempre sollevata la testa dal guanciale. Da più anni io avevo fatto rilevare questo segno ai miei allievi: or ora taluno ne ha scritto dicendolo un nuovo sintomo patognomonico della paralisi, ma ciò è eccessivo (E. M.)].

(*b*) Cfr. Boccolari e Borsari, *Riv. sper. di Fren.*, 1889.

paralisi. All'ultimo stadio compare la sindrome labio-glosso-faringea, che denota la partecipazione dei nuclei bulbari al processo morboso (E. Morselli)].

Disturbi della parola. — I disturbi della parola hanno un'importanza capitale nella paralisi generale; si può quasi affermare che la diagnosi non si può veramente ritenere stabilita se non si sono constatati questi disturbi. Essi infatti sono molto caratteristici e molto differenti da quelli che si osservano nelle altre malattie. Questi disturbi sono complessi, e mettono capo a quei modi [principali] d'alterazione del linguaggio che prendono il nome di *dislogie*, *disfasie*, *disartrie*, [ma un'analisi più minuziosa permette di distinguere anche le *disfrasie* e le *dislalie*, conforme alla classificazione fisio-psicologica della loquela umana (*a*) (E. M.)].

I disturbi *dislogici* risultano dal difetto d'*intelligenza*, ma non intaccano la funzione del linguaggio. Sono caratterizzati [dalla scarsezza progrediente del materiale linguistico, che va diminuendo quanto più decadono le funzioni mentali; dalle espressioni varie, mobili e paradossali dei delirii (paralogismi vesanici); dalla povertà dei ragionamenti, e in ultimo dalla incoerenza che sta in rapporto con la dissociazione o dissoluzione intellettiva della demenza.

I disturbi *disfrasici* riguardano la dizione, che nel paralitico si dissolve pure a poco a poco in senso inverso alla sua evoluzione. Tali discorsi sono rivelati dai sempre crescenti errori di grammatica e di sintassi, che certo sono proporzionati alla dismnesia progressiva (E. M.)], dalla rapidità della parola nel periodo espansivo, dalla lentezza della parola stessa o dal mutismo nella forma depressiva. Il linguaggio è illogico, scorretto, talvolta grossolano.

I disturbi *disfasici* sono relativamente rari. Essi risultano da alterazioni dalla funzione [interna] del linguaggio (afasia [ed iperfasia]) prodotte da lesioni dei centri cerebrali. In questi casi l'afasia tiene lo stesso contegno che nelle altre affezioni, nelle quali esiste: non è quindi il caso di trattarne più a lungo. Tuttavia si può avere, se non perdita totale delle immagini verbali, almeno difficoltà a ricordarle. Il balbettare (simile a quello dello scolaro che non sa la lezione), lo strascicare, l'esitare, sembrano fino a un certo punto in rapporto con questo disturbo. Certi ammalati possono presentare alterazioni nella lettura, cioè *paralessia* (1); l'ammalato leggendo sostituisce a certe parole altre prive di senso: questo proviene dal fatto ch'egli aggiunge al testo delle idee in rapporto colle sue preoccupazioni deliranti. [In altri casi si ha iperfasia per funzionalità esaltata del linguaggio interno, cioè esagerazione morbosa del processo endofasico: il malato in allora prova allucinazioni verbo-motorie, e per l'eccitamento del centro psicomotore della parola e scrittura può anche andare soggetto a veri impulsi verbali e grafici (E. Morselli)].

L'impaccio della parola nella paralisi generale è soprattutto l'effetto di una *disartria*, cioè di un disturbo dell'apparecchio d'articolazione delle parole, disturbo proveniente dal tremore e dall'atassia muscolare degli organi preposti agli opportuni movimenti. Queste alterazioni della parola sono in generale più appariscenti quando l'ammalato parla lentamente. Esse da momento a momento variano d'intensità, e in principio si notano soltanto quando si debbano articolare parole difficili. Ci sono appunto delle parole *di prova*, per così dire, che converrà far ripetere all'ammalato per svelare il disturbo quando esso sia poco pronunziato. Tali sono: [*tremila trecento trentatre*, *trentatreesimo*

(*a*) Cfr. Kussmaul, Die Störungen d. Sprache, in *Ziemssen's Handbuch*. — Morselli, Manuale di semeiotica delle malattie mentali, vol. II, 1895.

(1) Séglas, Troubles du langage chez les aliénés; Paris 1892.

squadrone di cavalleria, *artigliere di artiglieria*, *precipitevolmente* ed altre consimili (*a*) (E. M.)].

Anche il timbro della voce è modificato; il suono è uniforme, grave, velato, nasale. La parola è esitante, talvolta le labbra s'avanzano per proferire una parola che poi non riesce proferita. Le sillabe sono scandute, qualchevolta saltate; di più esse sono ripetute ([*tre-mila-trre-tre-recento*] ovvero confuse e intralciate fra loro): è l'*inciampare* delle sillabe, come lo chiama Kussmaul. Bentosto il linguaggio si riduce ad un barbugliamento, che diviene alfine affatto incomprensibile. [In ultimo si ha il quadro dei *disturbi dislalici* d' origine bulbare e infracentrale.

In sostanza la favella soggiace nella paralisi generale ad un vero processo dissolutivo: la successione dei disturbi progredisce attraverso fasi che rispondono, fino ad un certo punto, agli stadii dell'affezione, e le fasi sono ordinariamente: 1ª la disfrasia; 2ª la disartria verbale; 3ª la disartria sillabica; 4ª la disartria letterale (mogilalia e paralalia); 5ª la anartria totale od alalia; 6ª la afonia, dovuta alla diffusione della paralisi ai muscoli laringei (E. Morselli)].

Disturbi dell'apparato visivo (1). — I disturbi oculari sono parte integrante della malattia e costituiscono un'importante manifestazione, sul valore diagnostico della quale uno di noi ha insistito affatto recentemente (2). La lesione oculare *principale* della paralisi generale è l'*oftalmoplegia interna a sviluppo graduale e progressivo*. Questo disturbo della visione può talvolta precedere di molto la comparsa delle altre manifestazioni della malattia: più ordinariamente esso viene rivelato all'osservatore dall'*ineguaglianza pupillare*. La frequenza di questo sintomo, già messa in evidenza da Baillarger, è stata di poi confermata da tutti gli osservatori (3) [e dal prof. Verga, pel primo, in Italia]. Nei paralitici le pupille, quando restano uguali, possono essere entrambe dilatate o entrambe affette da miosi. Quest'ultimo caso è più raro (3 volte in 57 casi), contrariamente a quanto avviene nella tabe. [L'Oebeke, a tale riguardo, ha visto che le alterazioni pupillari, rigidità, midriasi, miosi, torpore di reazione, ineguaglianza, ecc., sarebbero più frequenti nella paralisi senza precedenti sifilitici che in quella di presunta origine specifica (E. M.)].

L'oftalmoplegia interna presenta i seguenti gradi: dapprima si ha paresi del movimento di reazione pupillare alla luce; poi abolizione di questo movimento; segue la paresi dell'accomodazione, ed infine si ha paralisi completa alla luce ed all'accomodazione. Il disturbo non progredisce simmetricamente e frequentemente si manifesta in modo non eguale ad ambo gli occhi; ad uno si rileverà la reazione affatto nulla alla luce ed all'accomodazione, ed all'altro

---

(*a*) La frase in uso alla Salpêtrière è: " Je suis maréchal des logis au 33° régiment d'artillerie ". Il testo francese propone le seguenti: *polytechnicien du Polytechnique*, *artilleur d'artillerie*, *transsubstantiation*.

(1) Contrariamente alle tradizioni alle quali sogliono uniformarsi gli autori didattici, noi poniamo qui, e non al paragrafo: Disturbi della sensibilità, i disturbi dell'apparato *visivo*, perchè nella paralisi generale la loro caratteristica sta in una alterazione delle *funzioni muscolari* piuttosto che della sensibilità speciale dell'occhio.

(2) Gilbert Ballet, Les Troubles oculaires dans la paralysie générale progressive; *Le Progrès médical*, 10 giugno 1893, n. 23, pag. 433.

(3) Moreau de Tours, 58 volte su 100; Mobèche, 61; Mendel, 60; Seifert, Boy, nei $^{2}/_{3}$ dei casi; Doutrebente, 75 %; [Sollier 73 %; Briand nei $^{4}/_{5}$ e forse, tenendo conto delle lievi ineguaglianze pupillari, nel $^{100}/_{100}$; io, per quanto ricordo, in *tutti i casi* di sicura diagnosi (E. Morselli)]. In una statistica fatta per suggerimento d'uno di noi sui paralitici dei diversi Asili della Senna, M. Renaud ha trovato, su 482 casi, l'ineguaglianza pupillare 318 volte, ossia proporzione del 65 per 100.

non esisterà altro segno che quello di Argyll-Robertson (perdita della reattività alla luce con conservazione dei movimenti di accomodazione). Si comprenderà come questi disordini siano frequenti, pensando che, secondo la statistica fatta da Renaud, su 477 casi i riflessi pupillari si trovarono alterati 394 volte, cioè nella proporzione dell'82 per 100. [La proporzione è, secondo altri osservatori, ancor più grande, fino al 90-95 $^0/_0$, quando si tenga conto dei minimi indizi di cangiamento nello stato del diaframma irideo. È a tale proposito degna di nota l'osservazione fatta dal dott. Musso nella mia Clinica di Torino, che spesso la disuguaglianza e rigidità pupillare è preceduta da una semplice irregolarità nel contorno della pupilla, il quale si mostra come frangiato: tale aspetto è dovuto ad una differenza di tono delle fibre raggiate dell'iride, differenza che ricorda le contrazioni vermicolari dei fascetti muscolari della lingua. In rari casi io e Raggi osservammo un'*inversione* del riflesso pupillare, cioè dilatazione alla luce (*a*).

Pure nella mia Clinica, il Buccola (*b*) scoperse un nuovo fenomeno morboso nel campo dell'innervazione pupillare dei paralitici. Si tratta della dilatazione reflessa di essa in seguito a stimolazioni cutanee (prova estesiometrica dello Schiff e del Foà): nella paralisi progressiva esiste un ritardo evidentissimo nel tempo di questo movimento dell'iride, e il ritardo misurato col cronoscopo di Hipp sale a circa 30 centesimi e financo, nei casi avanzati, a 50-60 centesimi di secondo (E. MORSELLI)].

Schema riassumente i disturbi pupillari osservati da uno di noi [G. BALLET] in diciassette paralitici.

Schema delle reazioni d'un occhio normale.

1° grado. — Sintomo d'Argyll-Robertson d'ambo i lati (1 solo ammalato su 17).

2° grado. — Doppia reazione pupillare indebolita (9 ammalati su 17).

3° grado. — Reazioni nulle da un lato; sintomo d'Argyll-Robertson dall'altro (1 ammalato su 17).

4° grado. — Reazioni nulle da un lato; affabili dall'altro (1 ammalato su 17).

5° grado. — Abolizione della doppia reazione d'ambo i lati (5 ammalati su 17).

Fig. 19. — Il cerchio esterno rappresenta la reazione della pupilla alla luce; il cerchio interno la reazione all'accomodazione. — Raffiguriamo convenzionalmente colla linea piena la reazione *normale*, colla linea ondulata la reazione *indebolita*, colla punteggiata la reazione *nulla*.

Indipendentemente dall'oftalmoplegia interna, che, come abbiamo detto, è il disturbo oculare *capitale*, si possono eventualmente osservare nel malato altri sintomi riguardanti gli occhi; a questi appartengono le *paralisi muscolari* (paralisi dell'elevatore della palpebra, d'uno o di più muscoli motori del bulbo oculare, ecc.). Queste paralisi sono però rare: s'incontrerebbero di preferenza nei casi in cui i

(*a*) Cfr. MUSSO, Irregolarità dell'apertura pupillare negli alienati; *Sperimentale*, 1884. — RAGGI, *Ann. univ. Med.*, 1885. — MORSELLI, *Arch. di Psich.*, 1886.

(*b*) Cfr. BUCCOLA, Sul tempo della dilatazione riflessa della pupilla, ecc.; *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1885.

sintomi di tabe hanno preceduto quelli della paralisi generale. A. Marie (1) li ha notati 21 volte su 300 casi. Essi sono quasi sempre transitorii, [e secondo l'osservazione clinica sarebbero più frequenti nelle paralisi precedute da sifilide. Si sa infatti che le paralisi improvvise e fugaci nel campo del III°, IV° e VI° paio caratterizzano la sifilide dei centri nervosi (E. M.)].

Il *nistagmo* è stato pure constatato in pochi casi, solo due volte da A. Marie, una volta da uno di noi: [appoggia, ad ogni modo, la diagnosi di una forma mista di paralisi e sclerosi disseminata (E. M.)].

[I paralitici hanno di sovente, anche nei primi stadii, restringimento del *campo visivo*, discromatopsia, alterazioni nella perimetria dei varii colori (Oppenheim e Thomsen, Kornfeld e Bikeles, scuola del Lombroso) (E. M.)].

L'*atrofia papillare* con amaurosi consecutiva si osserva pure qualche volta (Billod, Foville, Magnan, Christian), precedendo di parecchi anni l'apparire della paralisi generale. Sebbene si siano descritte anche altre alterazioni del fondo dell'occhio, disturbi iperemici, edemi, dilatazioni vascolari (Voisin, Magnan, Clifford, Allbutt, Tebaldi, Monti, Aldridge, Jehn, Hammond, Wiglesworth), sembra che queste siano relativamente rare. Gowers ha sempre trovato normale il fondo dell'occhio nei molti casi da lui esaminati. Dei 37 malati esaminati sotto la direzione di uno di noi [G. Ballet] da Jocqs, nessuno ha presentate lesioni notevoli all'oftalmoscopia. [Ma queste divergenze fra osservatori di non disuguale competenza può dipendere dallo stadio della malattia in cui si pratica l'esame. Nei paralitici ricoverati da più o meno lungo tempo nel Manicomio ed ammessi nella Clinica psichiatrica da me diretta, l'oculista M. Peschel avrebbe trovato lesioni del fondo oculare ben più frequenti che in tutte le altre categorie di alienati. Vero è che la cosidetta " retinite paralitica „ descritta da Klein non fu da lui osservata (nel che sono d'accordo moltissimi, malgrado le ricerche recenti del Colucci che l'ha voluta risuscitare con indagini istopatologiche); ma per converso l'atrofia ottica fu verificata in molti casi, e ciò non come processo discendente, bensì come lesione primitiva del nervo. Sovente si vede prima iperemia delle papille, ma l'atrofia può anche manifestarsi subito (*a*). Non differenti sono i risultati dello Sgrosso di Napoli. L'Oliver ha poi or ora recato un importantissimo contributo a questo argomento, da lui studiato per ben sette anni (*b*). Egli è esplicito: le alterazioni oftalmoscopiche della paralisi sono sì certe e persistenti, e in tale rapporto con gli stadi dell'affezione, da diventare *caratteristiche* e da fornirci un'idea della fase in cui si trova il processo morboso encefalico (E. Morselli)].

Disturbi della sensibilità. — I disturbi della sensibilità *generale*, *tattile*, *dolorifica*, *termica* sono affatto eccezionali nella paralisi generale. Non si può neppure stabilire se nei casi in cui sono stati notati, questi disturbi non dipendessero piuttosto dall'intervento e dall'associazione dell'alcoolismo e dall'isterismo [?]. Sembra tuttavia, da un certo numero di osservazioni, che esista una attenuazione nella sensibilità dolorifica (de Crozan); avviene infatti con una certa frequenza che gli ammalati si feriscano o si brucino accidentalmente senza manifestare alcuna sofferenza, [e ciò pel disturbo della coscienza (E. M.)].

Nella sensibilità *speciale* si sono notate alterazioni dell'*odorato*, del *gusto*,

(1) A. Marie, Troubles oculaires dans la paralysie générale; Thèse de Paris, 1890.

(*a*) Cfr. Morselli, Manuale di Semejotica delle mal. mentali, vol. I, 1885. — Sgrosso, *La Psichiatria*, 1887. — Colucci, *Congr. Freniatrico*, Roma 1894.

(*b*) Oliver Ch., in *University medical Magazine*, marzo 1894.

dell'*udito;* ma questi sintomi sono di *mediocre* importanza. La perdita dell'*odorato*, da una sola o d'ambo le parti, era stata accennata da A. Voisin, il quale aveva anche preteso trovare in ciò un sintomo importante per la diagnosi della malattia nel periodo prodromico. Tuttavia, sebbene i disturbi dell'odorato non siano eccezionali, non hanno però la sostanza che l'autore predetto aveva loro attribuito: di più essi si manifesterebbero piuttosto nei periodi avanzati della malattia.

Altrettanto sarebbe a dirsi dell'*ageusia*, se almeno se ne giudica dalla facilità colla quale certi malati introducono le sostanze più ripugnanti (*a*).

L'indebolimento dell'*udito* è stato osservato in alcuni casi. L'iperacusia che taluno ha voluto rilevare, pare non sia che una manifestazione della soprattività funzionale del periodo espansivo.

Disturbi dei riflessi. — I riflessi *tendinei* nella paralisi generale sono stati studiati da molti osservatori (Seppilli, Shaw, Joffroy, Claus, Moeli, Bianchi, Bettencourt-Rodrigues, Siemmerling, Sollier, Briand, Marandon de Montyel). Recentemente Renaud (1) per suggerimento di uno di noi ha esaminato a questo proposito 482 malati (331 uomini, 151 donne). Egli ha constatato: la conservazione del riflesso rotuleo in 66 casi; la esagerazione dei riflessi in 348 casi; la loro abolizione in 68. Le sue ricerche lo hanno indotto a concludere che l'esagerazione dei riflessi è la *regola* nel primo periodo della paralisi generale, che però a questa esagerazione tende a sostituirsi l'abolizione di mano in mano che il processo patologico si generalizza e la demenza progredisce.

I riflessi *cutanei*, ed in particolare il cutaneo plantare, sono alterati [sempre secondo Renaud] nei due terzi dei pazienti, restando press'a poco a parità di proporzioni l'abolizione e l'esagerazione; pare che la loro alterazione persista durante tutto il corso della malattia.

[Secondo Oliver, Briand ed Agostini vi è quasi costante parallelismo fra l'alterazione dei riflessi oculari e quella dei tendinei, la quale progredisce sempre dal primo all'ultimo stadio. Notevole è il fatto che i riflessi negli arti superiori sono sempre più esagerati che negli inferiori, e importante l'osservazione che anche nei periodi di remissione della paralisi i riflessi si mantengono alterati. Volendo in cifre la frequenza dei disturbi di riflettività si ha: alterazione dei riflessi tendinei, soprattutto del rotuleo, 81 % (per esagerazione 65 %; per abolizione 15 %); degli oculari 72; del plantare 62; del faringeo quasi sempre abolito, 48; del palpebrale, per lo più esagerato, 8. Il dottore Agostini afferma che nel periodo iniziale della paralisi essendovi indebolimento della sensibilità dolorifica, i riflessi cutanei sono pure deficienti o indeboliti, salvo il plantare, mentre i tendinei e gli idiomuscolari sono accentuati. Nel secondo periodo il plantare si esagera, si attutisce la sensibilità della pelle e delle mucose, si esagerano sempre più i riflessi tendinei. Nel terzo periodo la sensibilità si fa debolissima, i riflessi cutanei e mucosi sono nulli, i tendinei pure si indeboliscono e scompaiono, solo gli idiomuscolari si fanno vivaci (*b*).

Per mio conto osservo che la deficienza o debolezza dei riflessi rotulei nei primi periodi della paralisi si verifica specialmente nei casi in cui esistono i caratteristici dolori tabetici delle estremità inferiori: onde il sintomo è da

(*a*) [Cfr. Mingazzini, in *Arch. di Psichiatria* del Lombroso, 1894].

(1) Renaud, Étude des réflexes dans la paralysie générale; Thèse de Paris, 1893, n. 214

(*b*) Cfr. Oliver, loc. cit. — Briand, in *Annales médico-psychologiques*, 1894, n. 3. — Agostini, in *Riv. sperim. di Freniatria*, XX, 1894, p. 487.

ascriversi ad una probabile neurite. E a ragione il D' Abundo, in un ottimo lavoro (a), poneva le alterazioni dell'andatura e dei riflessi rotulei dei paralitici in rapporto con le lesioni patologiche dei nervi sciatici e della midolla spinale (E. MORSELLI)].

Disturbi trofici. — Quando manchino complicazioni, e soprattutto associazione colla tabe, si può dire che i disturbi trofici sono eccezionali nella paralisi generale, sebbene ne sia stato riferito un certo numero di casi. Si sono notate eruzioni diverse, penfigo, zona, porpora, [vitiligine o leucodermia parziale (E. M.)]. È stato riscontrato più volte il *male perforante*, ma fra i disturbi della pelle e del cellulare sottocutaneo l'*escara sacrale* sopraggiunge colla maggior frequenza, sia al principio quando si ha eccitazione maniaca, sia al periodo terminale, quando l'ammalato è obbligato al decubito.

L'*atrofia muscolare* non è eccezionale (Voisin e Hanot) (1), dipenda essa da una complicazione reale sopraggiunta, come l'atrofia muscolare progressiva, o da una localizzazione anatomica particolare della malattia. In quest'ultimo caso essa è determinata da lesione delle corna anteriori come nel caso di Joffroy, o da lesioni dei nervi periferici. Conviene aggiungere che, secondo Borgherini, l'atrofia muscolare potrebbe dipendere direttamente da disordini cerebrali. [Noi la vedemmo in relazione coi disturbi di motilità (E. M.)].

Anche le *artropatie* sono rare; se ne sono riferiti alcuni casi da Shaw e da Sterne, ma nessuna delle loro osservazioni è affatto inappuntabile, perchè gli ammalati dei quali si tratta erano tabetici verificati o almeno supposti.

Le *fratture* spontanee delle ossa sarebbero anch'esse affatto eccezionali. In cinque anni, su 307 paralitici, Christian e Ritti non ne hanno osservato neppure un caso. [Ma è certo però, come abbiamo visto nell'anatomia patologica della malattia, che i paralitici, come i dementi inveterati, vanno soggetti ad una speciale fragilità delle ossa, la quale verosimilmente deriva da una osteomalacia neuropatica affine a quella della tabe.

Uno studio accurato dei disturbi trofici della paralisi fatto or è poco da Durante (b) mette in chiaro che alcuni di essi, ad es. le atrofie muscolari, dipendono da un processo morboso localizzato nelle corna anteriori spinali, indicando con ciò come la paralisi, generalmente iniziantesi nella sostanza grigia del cervello, possa anche cominciare in quella del midollo. Altri disturbi, ad es. le eruzioni cutanee, la caduta dei peli e delle unghie, le escare, il mal perforante sono in dipendenza da neuriti periferiche, quando non si mostrino nell'ultimo periodo, chè in allora sono legate al marasmo (E. MORSELLI)].

Disturbi degli apparecchi della vita organica e disturbi nello stato generale. — La *digestione* si compie quasi normalmente nei paralitici generali. L'appetito è anzi aumentato nel periodo espansivo, fino al punto da costituire una vera *bulimia*. Non è però così degli ammalati affetti da delirio ipocondriaco; non solo questi giungono persino a ricusare il cibo, ma abitualmente essi sono affetti dallo stesso stato *saburrale* degli altri melanconici (lingua impatinata, dispepsia, stipsi).

La *respirazione*, quando manchino complicazioni, non è disturbata. Quanto

---

(a) Cfr. D'ABUNDO, *La Psichiatria*, anno V, 1887.

(1) VOISIN et HANOT, Mémoire sur deux cas d'atrophie musculaire; *Soc. de Biol.*, 1872.

(b) DURANTE, Troubles trophiques et circulatoires de la p. g. p.; *Gaz. hebdom. de Méd. et Chir.*, marzo 1894.

ai disturbi *circolatorii*, specialmente con tendenze congestive, la cui frequenza è innegabile, essi si riferiscono senza dubbio a disturbi vasomotorii.

Le modificazioni delle *secrezioni*, salivazione, sudore, non hanno niente di caratteristico. Così dicasi delle variazioni nella qualità e nella quantità dell'*urina;* le analisi che si sono fatte sono riuscite quasi tutte contraddittorie. [Non pertanto, nella sintomatologia somatica della paralisi non bisogna trascurare le modificazioni della *secrezione urinaria* (*a*). Le urine dei paralitici contengono molto spesso dei peptoni (Marro), quasi sempre dell'acetone (Rivano), non di rado dell'albumina e dei cilindri jalini (Vassale), non che del glicosio (Borelli, Siegmund). Ma la peptonuria che si era creduta un criterio diagnostico, non ha valore alcuno (*b*), e l'albuminuria segue per lo più agli attacchi apoplettiformi. Più sicura è l'alta quota di tossicità delle urine dei paralitici (D'Abundo, Brugia).

Il *sangue* nella paralisi progressiva (*c*) non presenta notevoli alterazioni finchè dura il benessere fisico dell'ammalato: l'emoglobina è in quantità normale e l'ipoglobulia è più rara che in altre forme (Seppilli). Più tardi però anche il sangue si altera, il suo peso specifico diminuisce (Wyllie), ed esso diviene più tossico (D'Abundo) (E. MORSELLI)].

La *nutrizione* generale non è compromessa che negli ultimi periodi della malattia; a questo punto, sebbene l'appetito sia conservato e la digestione si compia normalmente, sopraggiunge un rapido dimagramento. [I paralitici del primo stadio possono avere disordini delle funzioni digestive e dimagrare; ma nel secondo e specialmente nello stato di demenza apatica, spesso hanno buon appetito, sono voraci, si nutrono ed assimilano bene, sicchè ingrassano notabilmente. Ma questa *polisarcia* è di prognosi infausta perchè caratterizza la decadenza progressiva delle facoltà mentali. Certe volte, e quando meno lo si pensa, il malato soggiace ad una rapida distruzione organica (" *fonte paralytique* " di Fournier) che coincide con la eliminazione esagerata di prodotti azotati nelle urine o anche con semplice fosfaturia (E. MORSELLI)].

Le ricerche intraprese sul *polso* e sulla *temperatura* non sono ancora abbastanza concordi perchè si possa trarne conclusioni precise. Voisin [d'accordo con Williams, Fürstner, Simon, e or ora con Bouchaud] aveva stabilito che la temperatura nel paralitico è abitualmente al disotto della norma, ma che di tempo in tempo subisce elevazioni della durata di qualche giorno. Questo reperto, secondo lui, avrebbe una grande importanza per la diagnosi della follia semplice e della follia paralitica. [Anche Kroemer, da 11,000 osservazioni desumeva che la temperatura generale dei paralitici è in media più

(*a*) Cfr. MARRO, Di un nuovo criterio diagnostico nella Par. progr., ecc.; *Annali di Freniatria*, vol. I, 1888. — RIVANO, Sulla acetonuria degli alienati, ivi. — FRONDA, La peptonuria dei paralitici; *Il Manicomio moderno*, 1889. — KLIPPEL et SÉRIEUX, *Arch. de Neurol.*, nov. 1894. — SIEGMUND, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, LI, 1894 (E. MORSELLI).

(*b*) Cfr. in questo " Trattato " il cap. di BRAULT, Malattie dei reni, vol. V, parte 2ª, pag. 56 della trad. italiana. — Il peptone nelle urine dei paralitici è in relazione con processi flogistici, che potranno anch'essere i cerebrali, ma che per la massima parte sono pure complicazioni della malattia. Il LAILLER avendo praticato 400 esami di urine in 80 dementi paralitici ha da ciò concluso che anche in essi la peptonuria è indisposizione passeggiera. Essa si trova in altre forme di alienazione mentale; di più che sia legata ai perturbamenti d'ordine fisico è provato da ciò che, abbastanza rara nel periodo iniziale della paralisi (11 %), diventa poi sempre più frequente col decadere dell'organismo sì da raggiungere il 71 % nello stadio medio e l'81 % nel terminale (Cfr. *Annales médico-psychologiques*, 1894, n. 1) (E. MORSELLI).

(*c*) SEPPILLI, Ricerche sul sangue degli alienati; *Riv. sper. di Fren.*, 1882, 1884 e 1889. — D'ABUNDO, *Riv. sper. di Fren.*, 1892.

bassa che quella dei sani (E. M.)]. Ma questi dati non sono stati confermati (Mickle, Clouston, Mendel), e sembra che, a meno di imminenti complicazioni, la temperatura non subisca che oscillazioni insignificanti. A questa conclusione viene inoltre il coscienzioso lavoro di Peterson e Langdon (1). Su 25 paralitici generali, la cui temperatura è stata presa 12 volte al giorno regolarmente per 6 o 7 giorni, e comparativamente sotto ciascuna ascella, non si sono *mai* trovate modificazioni nè in più nè in meno: le ricerche intraprese da uno di noi hanno parimenti dato a questo proposito risultati negativi. [Ma queste osservazioni termometriche vanno continuate, non per pochi giorni, bensì per interi mesi, giacchè le oscillazioni della temperatura e soprattutto i rialzi di essa fino al grado di vera piressia (38°-38°,5) avvengono nei paralitici a periodi lontani. Tali rialzi coincidono generalmente con gli episodii di agitazione, e poichè compaiono nel secondo stadio, senza che vi siano complicanze somatiche di nessuna specie, sono certamente da porsi in rapporto col processo morboso della cerebropatia. Nella mia Clinica (di Torino) feci praticare scrupolose osservazioni su donne paralitiche, e mi risultò per l'appunto il fatto di questi periodi transitorii di lieve febbre sempre in coincidenza delle crisi deliranti (*a*): fatto già constatato dal Mendel, e or ora dall'Oebeke. Inutile dire che gli attacchi paralitici, vuoi congestizî o apoplettiformi, vuoi convulsivi o epilettiformi, sono sempre accompagnati da aumento di calore fino oltre a 39°, e nei casi gravi, letali, talvolta fino a 42°.

Si è osservato che la *temperatura del capo* dei paralitici sarebbe superiore alla media, massime in corrispondenza dei lobi parietali (*b*) (E. Morselli)].

Complicazioni. — Abbiamo già notato, descrivendo il periodo prodromico, gli *accessi d'epilessia* sensitiva o motoria, gli attacchi d'*emicrania oftalmica* e i *colpi apoplettiformi* che possono manifestarsi all'inizio di questo periodo. Tutti questi accidenti possono riapparire più tardi nel corso della malattia. Gli attacchi *apoplettiformi*, dalla semplice vertigine alla perdita completa della coscienza, sono specialmente frequenti, e non è raro che essi, come d'altronde gli accessi epilettici, possano produrre l'esito fatale. Gli attacchi sono seguìti abitualmente da un'elevazione di temperatura (39°-40°).

Una complicazione piuttosto frequente e che, se non appartiene propriamente alla paralisi, si mostra con predilezione nel corso di essa, è l'*ematoma* dell'orecchio. Si tratta d'un tumore sanguigno, di volume variabile da quello di un pisello a quello di un uovo di piccione, e che appare da una parte sola o da ambo i lati in corrispondenza del padiglione. La pelle è rosso-scura ed assottigliata; il tumore è resistente, talora fluttuante al centro. La puntura dà esito a sangue puro od a sierosità colorata da emazie. Abbandonato a sè il tumore può riassorbirsi e lasciare tracce della propria presenza sotto forma di sporgenze cicatriziali ineguali e indelebili. L'origine di questa affezione è ancora dibattuta (Vallon) (2). Dipende essa da un disturbo del sangue o dalla nutrizione in generale (Foville, Marcé, Dumesnil)? Segue essa ad una lesione nervosa dei corpi restiformi (Brown-Séquard) o del gran simpatico (Bonnet

(1) F. Peterson e Langdon, *The Journal of nervous and mental diseases*, novembre 1893, n. 11, pag. 750.

(*a*) Morselli, " Congresso medico italiano di Modena „; *Riv. sper. Fren.*, 1882. Sulla temperatura dei paralitici e degli alienati in genere, hanno fatto esattissime ricerche gli italiani Riva (*Riv. Fren.*, 1878 e *Arch. per mal. nerv.*, 1881) e Tambroni (*Congr. fren.*, 1883 e *Riv. Fren.*, 1885) (E. Morselli).

(*b*) Cfr. Maragliano D. e Seppilli, *Riv. sper. di Fren.*, 1879.

(2) Vallon, Note sur l'étiologie e le siège de l'othématome; *L'Encéphale*, 1881, n. 2.

e Poincaré)? o riconosce come substrato un'affezione locale (ateroma, otite, condrite)? È dessa consecutiva sempre ad un traumatismo dell'orecchio (Jarjavay, Magnan)? Tutte queste opinioni sono state sostenute. [Recentemente il Pellizzi in cinque casi di otematoma ha isolato uno speciale streptococco, avente affinità con quello dell'erisipela e la cui azione verrebbe agevolata dalla lesione dei nervi sensitivi del padiglione auricolare (*a*).

I paralitici vanno, poi, soggetti a *malattie accidentali* (Thore, Dufour, Cullerre, Sponholz, Tassi, Seppilli e Riva, Kraepelin, ecc.). Prevalgono fra quelle dell'apparato respiratorio la pneumonite adinamica e ipostatica, cioè coi caratteri di quella derivante da degenerazione dei nervi vaghi, e la gangrena polmonare (7,14 % secondo Seppilli); meno frequentemente la tubercolosi. Fra le malattie dell'apparato circolatorio si notano l'ipertrofia del cuore, massime a sinistra, l'ateroma aortico; fra quelle dell'apparato digerente la stomatite ulcerosa e l'enterite; fra quelle dell'urinario, la nefrite; fra le costituzionali, la febbre piemica per decubito (*b*). Nelle epidemie di colèra e di influenza si è notato che la più grave morbosità e mortalità è data spesso dai paralitici; ed io ho descritto casi in cui tale infezione provocava attacchi apoplettiformi (E. Morselli)].

Associazioni. — Si è constatata l'associazione della paralisi generale con diverse altre malattie nervose ed in particolare coll'*isterismo*, col *gozzo esoftalmico*, colla *sclerosi in placche* (1), colla *sclerosi laterale amiotrofica* (Zacher). L'interesse di queste combinazioni risiede soprattutto nelle difficoltà cliniche e diagnostiche che esse portano seco.

Ma la paralisi generale si associa più particolarmente alla *tabe dorsale*, e in questo caso si è sollevata la questione se si tratti soltanto dell'*associazione* di due malattie distinte nello stesso individuo, o piuttosto dell'*evoluzione di una sola e stessa malattia generalizzata* a tutto il sistema nervoso centrale. Discuteremo più diffusamente la questione parlando della patogenesi della paralisi generale. Qui diremo soltanto che la coesistenza della tabe vera colla paralisi generale è relativamente rara. Finora, secondo la statistica stabilita da Stojanowitch (2), non esisterebbero nella letteratura che 108 casi di tabe con paralisi generale. Questi casi complessi possono rivestire le modalità seguenti: talora si tratta di tabetici che divengono paralitici generali, tal'altra la tabe e la paralisi generale compaiono contemporaneamente in uno stesso individuo; talvolta infine i fenomeni della meningo-encefalite sono i primi ad entrare in scena; in certi casi non si può stabilire il rapporto esatto di figliazione delle due malattie.

Andamento — Forme. — Qualche volta la paralisi generale ha un decorso *rapido*, sì che in alcune settimane o in alcuni mesi termina colla morte; questa sopraggiunge o fra gravi fenomeni di eccitazione maniaca, o nello stupore. Queste forme acute [dette anche " galoppanti „ e che talvolta sono scambiate per *delirium acutum* (E. M.)] sono rare; ben più spesso la malattia ha un

(*a*) Pellizzi, Sull'eziologia dell'oto-ematoma; *Rif. med.*, ott. 1892. — Sull'origine infettiva dell'oto-ematoma; *Riv. di Fren.*, 1892 — e Influenza della paralisi vasomotoria, ecc.; *Riv. Fren.*, 1893 (E. M.).

(*b*) Cfr. Tassi, *Archivio ital. mal. nervose*, XV, 1878. — Seppilli, *Annali univ. di Medicina*, vol. 249, 1879. — Per l'influenza, veggasi Morselli, *Rif. medica*, 1890.

(1) Charcot, Sclérose en plaques et paralysie générale; *Sem. méd.*, 27 gennaio 1892.

(2) Stojanowitch, Rapports du tabes dorsalis et de la paralysie générale; Thèse de Paris, 1893, n. 240.

decorso lento e progressivo, nel quale si possono considerare i periodi [o " stadii „] seguenti: 1° prodromi; 2° inizio [e prime fasi]; 3° stato; 4° esito.

Abbiamo già studiato il periodo *prodromico*. Il modo d'inizio è variabilissimo: si possono riconoscere in esso con Falret le varietà seguenti: *a*) congestiva; *b*) paralitica; *c*) melanconica; *d*) espansiva; noi aggiungeremo *e*) spinale.

Sopraggiunge in seguito il periodo di stato solo accentuante i fenomeni proprii dell'inizio, di modo che possiamo in esso riconoscere forme analoghe. Nella forma *congestiva* i fenomeni di congestione cerebrale, colpi apoplettici, accessi epilettici, paralisi transitorie, stanno in prima linea. Nella forma *paralitica* [che meglio si potrebbe designare forma *demente tipica* (E. M.)], le idee deliranti mancano o si mostrano molto attenuate; predominano invece l'indebolimento intellettuale, la demenza. Le idee deliranti sono caratteristiche delle forme *espansiva* e *melanconica:* [ma in taluni casi esse si associano, e la forma della paralisi diviene mista sotto il riguardo psico-patologico (E. M.)]. Quanto alla forma *spinale* essa comprende i casi nei quali il quadro clinico è precipuamente occupato dai sintomi dipendenti dalla sclerosi posteriore, per es. dolori folgoranti, incoordinazione motoria. [Il Klippel ha recentemente distinto cinque forme spinali della paralisi (*a*): 1° la forma *tabetica* or ora accennata, che sarebbe la più frequente; 2° quella con *sclerosi laterale*, dove dominerebbero i sintomi motorii spastici, la contrattura, la esagerazione dei riflessi; 3° quella *miotrofica* con due varietà: *a*) malattia di Aran-Duchenne, cioè atrofia muscolare progressiva: *b*) malattia di Charcot, o sclerosi laterale amiotrofica; 4° la forma *bulbare* che in taluni casi presenta la sindrome di Basedow; 5° la forma *neurotica*, con semplice irritazione spinale. Quando la paralisi generale assume, sotto l'aspetto psichico, una forma *circolare* (Ritti, Maccabruni), sembra che contraddistingua gli individui gravati di forte tara ereditaria (E. Morselli)].

La paralisi generale deve pure, per la diversità dei suoi modi d'andamento, essere differenziata secondo l'*età* ed il *sesso:* si sono descritte una paralisi generale *giovanile* ed una paralisi generale *nella donna.*

La descrizione della paralisi generale *giovanile* si fonda attualmente su 16 [circa 20] osservazioni; questa varietà si distinguerebbe soprattutto, da una parte per la predominanza dei caratteri somatici, ed in particolare per *un arresto di sviluppo degli organi sessuali*, e dall'altra per un indebolimento intellettuale semplice, senza idee deliranti. [Forse essa è sempre in rapporto coll'eredosifilide (E. M.)].

La paralisi generale nella *donna* riveste soprattutto la forma della demenza (1). I segni fisici non differiscono da quelli presentati dall'uomo. Ma le idee deliranti sono più rare; quando esse esistono e rivestono la forma espansiva, sono meno esagerate, [perchè si riducono ad un fatuo e sbiadito ottimismo (E. M.)]; talvolta sono in relazione colla sfera genitale anche quando la vita sessuale è terminata.

[Secondo le osservazioni statistico-comparative raccolte in disparati paesi (Angiolella, Bullen, Kundt, ecc.), pare che avvenga da alcuni anni una modi-

---

(*a*) Cfr. Klippel, in *Arch. de Médec. expér. et d'Anat. pathol.*, 1894. Un bel caso di demenza paralitica in individuo affetto da atrofia muscolare progressiva è stato pubblicato da Tamburini; *Rivista sper. di Fren.*, 1887 (E. M.).

(1) Régis, La Paralysie générale chez la femme, Paris 1882. [Cfr. anche Buccola, *Sperimentale*, 1883. — Invece l'Idanow recentemente trovava nelle Russe paralitiche: forma demente 44 %, forma maniaca 38 %, con delirio fastoso molto intenso 20 %, con delirio meno acceso 18 %, forma ipocondriaca e malincolica 18 % (*Ann. méd.-psych.*, 1894, 3°) (E. M.)].

ficazione nel tipo clinico della paralisi, facendosi sempre più frequente, massime nei distretti agricoli, la forma di demenza primitiva (*a*) (E. Morselli)].

Durata. — Le opinioni degli autori intorno alla durata della paralisi generale sono molto varie. Essa è stata fissata da Bayle a un anno o un anno e mezzo, da Calmeil e Parchappe a un anno e qualche mese, da Krafft-Ebing a 3 anni, da Crichton-Brown a quattro anni, da Mendel a 2-4 anni, da Christian e Ritti a 3-5 anni. Essa è tanto più difficile a misurarsi in quanto il cammino della malattia talvolta è interrotto da *arresti* o da *remissioni*. Quanto a noi siamo convinti che questa durata può essere molto più lunga di quanto ha sostenuto la maggioranza degli autori e che può giungere sino a 10-12 anni.

Remissioni — Esito. — Talvolta si constata solamente la scomparsa di un sintomo — eccitazione o delirio — mentre invece si accentuano gli altri — demenza, tremore —; sono queste le false *remissioni*.

Altre volte si osserva una temporanea attenuazione della maggior parte dei sintomi: queste sono *remissioni incomplete*, le quali possono essere brevi, ma possono anche durare molto a lungo — 2-4-12 anni —; si tratta allora di paralisi generali vere, che dapprima recedono, per arrestarsi in seguito, almeno temporaneamente, nel loro decorso.

Si hanno finalmente *remissioni complete*. Se ne sono viste delle *temporanee* [che possono durare anche uno, due e persino tre anni (*b*) (E. M.)]. Ma possiamo averne delle *definitive?* In altre parole, la paralisi generale è suscettibile di guarigione? Diversi autori sono di tale avviso (Ferrus, Billod, Bonnefous, Bouillaud, Trélat, Faber, Laffitte, Baillarger, Morel, Foville, Delasiauve, Bayle, Lunier, [Robertson, Marro, ecc.]); in alcuni casi la guarigione sarebbe intervenuta in seguito a forti suppurazioni. Tuttavia si è osservato che le pretese guarigioni potrebbero riferirsi a casi di *pseudo-paralisi generali*. Vedremo più innanzi che cosa si sia designato con questo termine. Checchè ne sia, conviene ritenere che un ammalato presentante i segni della paralisi generale *può* guarire.

Ma disgraziatamente questo non è un esito frequente. *La morte è quasi fatale*, sia nella cachessia e nel marasma che accompagnano la demenza, sia in seguito a diversi accidenti. Fra questi bisogna citare la *morte improvvisa* (Vallon): le *escare* e le infezioni secondarie ch'esse producono sono complicazioni piuttosto frequenti; gli ammalati possono anche soccombere in seguito ad un *attacco d'apoplessia*, o ad una serie di *accessi epilettici*. Si conoscono casi di *asfissia da bolo alimentare*. Infine le complicazioni polmonari, come la *pneumonite*, la *bronco-pneumonite*, la *gangrena polmonare*, spesso troncano precocemente la scena morbosa.

Prognosi. — Non occorre insistere sulla gravità della prognosi. Il ripetersi degli accidenti congestizî, la precocità, l'intensità e la persistenza dell'indebolimento intellettuale sono in rapporto con un decorso rapido, e sono perciò sintomi di cattiva prognosi. Solo la speranza di remissioni attenua, fino a un

---

(*a*) Cfr. Bullen, in *Journal of mental science*, 1893.

(*b*) In un ufficiale superiore affetto da paralisi da me osservato durante parecchi anni, si è avuta una remissione sì completa che egli ha potuto riprendere servizio durante sette mesi; ma alle grandi manovre della sopravvenuta estate l'infermità risorse con rapidissimo e fatale esito. In un altro mio ammalato fu creduto alla guarigione, tanto era notevole il miglioramento: egli adunque prese moglie, ma dopo due anni la paralisi ricomparve con attacchi di afasia transitoria (E. Morselli).

certo punto, la straziante fatalità della malattia. D'altra parte bisogna ricordare che spesso un miglioramento spiccato nei sintomi di una tabe coincide colla insorgenza della paralisi generale, e bisogna perciò temere la comparsa di quest'affezione in un supposto atassico rapidamente migliorato.

Diagnosi. — La diagnosi presenta grandi difficoltà, soprattutto nel periodo prodromico. Queste difficoltà possono persistere anche nel periodo di stato; ma quando la malattia è costituita, può solo darsi che venga confusa colle pseudo-paralisi generali.

Il periodo *prodromico*, come abbiamo detto, può rivestire la forma *neurastenica*, ed in questo caso spesso si esiterà fra la *neurastenia* semplice e la paralisi generale. Gli elementi di questa diagnosi sono stati stabiliti con molta chiarezza dal professor Fournier (1) a proposito della neurastenia sifilitica, forma questa che più d'ogni altra espone, e ne vedremo il perchè, alla confusione. Nella neurastenia la cefalea è talvolta accompagnata da difficoltà nel lavoro intellettuale, debolezza di memoria, diminuzione dell'attenzione, e contemporaneamente da preoccupazioni ipocondriache. Tuttavia il neurastenico offre una grande quantità di sintomi estranei alla paralisi generale; inoltre i sintomi che egli accusa sono soltanto in apparenza simili a quelli dell'encefalite: la perdita della memoria non è fondamentale, le preoccupazioni ipocondriache non hanno l'assurdità di quelle del paralitico; infine, e soprattutto, in un neurastenico non si può trovare alcuno dei sintomi essenziali della paralisi generale, nè disturbi pupillari, nè impaccio nella favella, nè alterazioni dei riflessi tendinei, nè idee deliranti.

La diagnosi è di una delicatezza speciale quando ci si trova in presenza di una encefalite interstiziale, il cui periodo prodromico rivesta la forma neurastenica descritta da uno di noi (2). Abbiamo già indicati i segni che permettono, secondo noi, di distinguere questa neurastenia preparalitica dalla neurastenia vera, e non vi insisteremo più. [Diremo tuttavia (*a*) che la previsione dello svolgimento di un futuro processo organico cerebrale in un presunto neurastenico va tratta, non tanto dal criterio eziologico di una superata infezione celtica, quanto dalla prevalenza di alcuni sintomi fisici (tremore, contrazioni fibrillari della lingua, cefalea, dolori nevralgici lancinanti, rigidezza o disuguaglianza pupillare, ecc.). Un attentissimo interrogatorio e l'esame degli scritti mettono quasi sempre in luce quei difetti parziali di memoria che sono la rivelazione prima della psicopatia paralitica. Ben è vero che la depressione morale del neurastenico può dar luogo a depressione della memoria facile a scambiare con dismnesia: ma il neurastenico è sempre conscio e addolorato di queste lacune dei suoi ricordi, il paralitico non lo è mai, o se ne è consapevole non se ne rende mai ben conto. Di più la dismnesia è accessoria nella nevrosi e si riferisce a quei pochi fatti recenti che per la mancanza isteroide dell'attenzione non si fissano: inoltre essa si associa a depressione della sfera affettiva, a malumore caratteristico. Nella paralisi la dismnesia anche iniziale è sostanzialmente il nucleo del processo dissolutivo della mente: riguarda non solo i fatti recenti, ma bene spesso anche gli antichi, quelli che si dovrebbero ritenere organizzati nella memoria, ad es. i nomi proprii, le date, ecc.; da ultimo, è senza colorito emotivo (E. Morselli)].

(1) Fournier, La Neurasthénie syphilitique; *Bull. médical*, 11 ottobre 1893.

(2) G. Ballet, *Sem. méd.*, 1893, pag. 529.

(*a*) Cfr. Morselli, Sui rapporti fra la neurastenia e le psicosi; *Gazzetta degli Ospedali*, Milano, 1894, n. 146.

I fenomeni detti congestivi, l'emicrania oftalmica, l'epilessia sensitiva parziale, gli accessi epilettiformi e i colpi apoplettiformi, quando si manifestano isolati, espongono alla confusione colla *sifilide cerebrale*, coi *tumori* del cervello e col *rammollimento cerebrale*. Spessissimo in questi casi soltanto il decorso ulteriore della malattia, rivelando nuovi sintomi, permetterà di stabilire la diagnosi che sino allora sarà rimasta in sospeso. In tutti i casi di questo genere il medico prudente sarà riservato nella prognosi, perchè la comparsa a più riprese di queste sindromi, ordinariamente transitorie, costituisce talvolta per un anno o due il solo segno rilevabile di meningo-encefalite.

Il *tremore* della paralisi generale potrebb'essere simulato dal *tremore isterico*, specie negli isterici maschi depressi, tristi, preoccupati, nei quali il disturbo motorio è tale da intralciare i movimenti e qualchevolta da determinare impaccio nella favella. Tuttavia il tremore nell'isterico appare generalmente d'un tratto, o in seguito ad una commozione fisica o morale, o dopo un attacco convulsivo; varia per effetto di diverse cause: infine coincide o con stigmate sensitivo-sensorie, o con altre manifestazioni dell'isterismo.

Il tremore della *sclerosi in placche* potrebbe pure dar luogo a confusione, tanto più che la sclerosi in placche è accompagnata, come la paralisi generale, da impaccio nella parola. Ma il tremore della sclerosi in placche, che scompare completamente col riposo, si esagera notevolmente nei movimenti volontari; ha minore ampiezza e intensità nella meningo-encefalite. L'impaccio della parola nella sclerosi moltiloculare si manifesta soltanto con lentezza. Infine il nistagmo è frequente nella sclerosi, raro nella paralisi generale; inversamente la paralisi pupillare, eccezionale in quella, è abituale in questa.

All'esame degli ammalati di *morbo di Parkinson*, i disturbi mentali che talvolta essi presentano, il loro tremore, ben presto dissiperanno ogni incertezza. Questi ammalati non hanno idee deliranti che in casi eccezionali, ed il loro tremore è piuttosto diminuito dai movimenti intenzionali, contrariamente a quanto avviene nella paralisi generale. Inoltre essi non presentano nè disturbi pupillari nè impaccio nella parola.

I diversi *tremori tossici* difficilmente possono ingannare, e per l'anamnesi, e ancora pei caratteri proprii delle intossicazioni che dànno loro origine. Bisogna aggiungere che la maggior parte di questi tremori è considerata [almeno nella neurologia francese (E. M.)] come di natura isterica, e che perciò la constatazione delle stigmate della nevrosi contribuirà pure a farli riconoscere.

Possono incontrarsi sintomi molto simili a quelli della *tabe* iniziale nel periodo prodromico delle paralisi generali: dolori degli arti, incertezza dei movimenti, paralisi oculari. Quando si associano la perdita dei riflessi rotulei ed il sintomo di Argyll-Robertson, la rassomiglianza giunge quasi all'identità. E infatti in alcuni di questi casi non si potrà fare una distinzione assoluta, trattandosi di un'associazione di tabe e di paralisi generale.

La paralisi generale al suo inizio dovrà essere distinta da diverse *affezioni mentali* colle quali, per le forme diverse ch'essa riveste, può avere qualche somiglianza. Nella forma espansiva la si potrebbe scambiare con un'eccitazione *maniaca* in degenerati od in maniaci circolari: ma in questi ultimi casi il delirio è meno incoerente, e le idee, quando sono orgogliose, non hanno l'assurdità caratteristica di quelle della paralisi generale. Inoltre l'eccitazione maniaca è insorta rapidamente, e può essere stata preceduta da altri accessi simili. La constatazione di qualcuno dei segni somatici della paralisi generale toglierà infine ogni dubbio.

La varietà melanconica della paralisi generale può rassomigliare fino ad un certo punto alla *melanconia semplice* con depressione o stupore, soprattutto se v'è mutismo. Per stabilire la diagnosi ci baseremo allora sugli antecedenti, sui disturbi pupillari e su quelli della motilità. Talvolta ci potranno sorprendere idee deliranti, i cui caratteri speciali basteranno per chiarire la situazione; in altri casi l'impaccio nella parola, quando il mutismo sarà cessato, sarà il solo segno che potrà mettere sulla via.

L'errore sarebbe pure facile nella *follia circolare*, almeno nella sua fase d'eccitazione. Tuttavia il delirio del *circolare*, sebbene incoerente, non poggia su un fondo di demenza come quello del paralitico. Si è detto anche (Régis) (1) che il paralitico sarebbe piuttosto buono, e l'alienato a doppia forma piuttosto cattivo, ma il valore diagnostico di questo dato è discutibile. Così in certi casi non si potrà farsene un concetto che a decorso completo. [Migliore, adunque, sarà il criterio fisico della temperatura, messo in rilievo da Maccabruni (E. M.)].

Il *delirio alcoolico* acuto, accompagnato da agitazione e da disturbi nella motilità, può pure essere confuso colla paralisi generale; però esso è caratterizzato da allucinazioni visuali, il quale fenomeno, come s'è visto, è raro nella paralisi generale. Inoltre tutti i sintomi si attenuano in capo a qualche giorno d'astinenza. Può darsi, e non è eccezionale, che per gli eccessi alcoolici ai quali è portato, il paralitico generale presenti un vero delirio tossico [col suo tipico carattere di semisogno o di fantasmogoria [E. M.)]. Ma allora persisteranno i sintomi dell'affezione paralitica anche dopo la scomparsa del delirio alcoolico, e faranno luce sulla vera natura della malattia.

In casi relativamente rari il delirio può rivestire in alcuni paralitici la forma *sistematizzata*, specialmente quella del *delirio di persecuzione*, ed in questi casi la confusione potrà evitarsi soltanto colla constatazione dell'incoerenza o di segni somatici.

La *demenza vesanica* semplice e la *demenza senile* si differenziano dalla demenza paralitica, in quanto quella si sviluppa solo consecutivamente a una malattia mentale di vecchia data, mentre questa si costituisce progressivamente in età avanzata ed in individui che ordinariamente presentano i diversi sintomi dell'arterio-sclerosi. Infine nè nell'una nè nell'altra non si ritrova alcuno dei sintomi somatici della paralisi generale.

Pseudo-paralisi generali. — Sotto il nome di *pseudo-paralisi generali* si sono descritte affezioni cerebrali di diversa origine, e che per l'aggruppamento dei sintomi possono simulare la paralisi generale a tal segno da non distinguersene che per la curabilità [?]. Tali sarebbero: la *pseudo-paralisi generale sifilitica*, la *pseudo-paralisi generale alcoolica*, la *pseudo-paralisi generale saturnina*, la *pseudo-paralisi generale artritica* e la *pseudo-paralisi generale nevritica*, [cui forse s'ha da connettere quella per intossicazione lenta da *ossido di carbonio*, infine la *pseudo-paralisi generale pellagrosa* (E. M.)].

In tutti questi casi si tratta di lesioni di natura diversa, capaci, per certe loro localizzazioni diffuse sulle meningi e sul cervello, di dare sino a un certo punto il quadro sintomatico della paralisi generale. Ma in effetto queste varietà non rappresentano affatto, come s'è potuto dimostrare in seguito a ricerche recenti, entità morbose nel vero senso della parola. Le pseudo-paralisi non sono che casi complessi di saturnismo, di sifilide, di alcoolismo.

---

(1) Régis, Diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale; *L'Encéphale*, 1881.

Come nota Vallon, fu l'idea tanto radicata negli autori dell'incurabilità della paralisi generale quella che li ha condotti a supporre, quando si trovavano dinnanzi a un paralitico guarito non già di aver commesso un errore di diagnosi, come generalmente era, ma che dovesse esistere una falsa paralisi generale differente dalla vera per la sua curabilità. Ora questa curabilità non costituisce per sè un carattere assolutamente distintivo, e d'altra parte gli altri sintomi speciali dei pretesi pseudo-paralitici generali sono affatto insufficienti a giustificare la costituzione di un tipo nosografico speciale. Dal punto di vista dottrinale dobbiamo adunque pienamente accordarci con Vallon (1), secondo il quale sarebbe giusto abbandonare l'espressione di *pseudo-paralisi generale* (non rispondente a una forma morbosa sufficientemente differenziata) e ripartire i casi compresi sotto questo nome [o sotto quello migliore di *paralisiformi* (E. M.)] nei diversi stati tossici o negli altri, ai quali appartengono realmente.

Tuttavia dal punto di vista *clinico* e *diagnostico* non potremmo sottoscrivere tale conclusione, perchè nel fatto esistono in clinica dei casi che col loro andamento *simulano* l'insieme sintomatico della paralisi generale con tale apparenza di precisione da rendere veramente impossibile, per qualche tempo, la diagnosi. Conserveremo adunque, mantenendo però le restrizioni suaccennate, la denominazione di pseudo-paralisi generale, sembrandoci essa *praticamente* utile per designare, se non vere entità nosologiche, almeno espressioni sintomatiche capaci d'imitare la *paralisi generale vera*.

La *pseudo-paralisi generale sifilitica* proverrebbe soprattutto da sinfisi meningee e da sclerosi encefaliche multiple più o meno localizzate, secondarie a loro volta di lesioni specifiche: Mairet (2) l'ha recentemente studiata come rappresentante una delle forme dell'alienazione mentale sifilitica, chiamandola *paralisi generalizzata sifilitica*. Nella pseudo-paralisi generalizzata *sifilitica* è comune osservare dei sintomi che appartengono solo raramente alla paralisi generale, come ptosi, strabismo, paralisi localizzate, vomiti, cefalea, atrofia muscolare. D'altra parte la sensibilità nella pseudo-paralisi è intaccata con maggior frequenza: di più il delirio di grandezza, quando vi è, è leggiero; i pervertimenti sensoriali sono più spiccati. Infine la pseudo-paralisi rivestirebbe frequentemente la forma *circolare* (3). Anche l'andamento ed il decorso della pseudo-paralisi differirebbero da quelli della paralisi vera: la malattia condurrebbe rapidamente alla demenza; ma ulteriormente si avrebbero frequenti remissioni che darebbero alla malattia un corso molto irregolare. Il decorso sarebbe per tal modo, secondo l'opinione di Régis, piuttosto regressivo nella pseudo-paralisi generale, e piuttosto progressivo nella paralisi generale vera.

Questa diagnosi è attualmente tanto più delicata in quanto che non solo la sifilide è considerata come capace di produrre la paralisi generale vera, ma è incontestabile la preponderanza eziologica di questa infezione. [Il Kowalewsky (*a*), per l'appunto, crede inutile sotto il punto di vista diagnostico, distinguere i paralitici a seconda che abbiano o no contratta la sifilide: questa, secondo lui, quando è acquisita può dar luogo indifferentemente al quadro della paralisi tipica o di quella atipica, cioè della pseudo-paralisi. La pseudo-paralisi, ad ogni modo, offrirebbe la particolarità clinica delle manifestazioni

---

(1) Vallon, Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique; Paris 1894.

(2) Mairet, Aliénation mentale syphilitique; Paris 1893.

(3) Ballet, Syphilis cérébrale et folie syphilitique; *Ann. de Méd.*, 21 marzo 1894, n. 12, pag. 91.

(*a*) Kowalewsky, Geistesstörung bei Syphilis, *Allg. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1893.

a focolaio (nel che sono anch'io con lui pienamente d'accordo), e sarebbe più facile a curare, fors'anco suscettibile di guarire (E. Morselli)].

Della *pseudo-paralisi generale alcoolica* si hanno già indicazioni dall'anamnesi e dai fenomeni tossici antecedentemente prodotti, poichè la localizzazione cerebrale il più delle volte avviene solo dopo una lunga intossicazione. Talvolta entreranno prima in scena dei fenomeni tossici acuti.

Nella pseudo-paralisi alcoolica la demenza, che nella paralisi vera interviene solo dopo un certo tempo, si manifesta improvvisamente senza essere prima passata per fasi progressive. Anche le idee deliranti sono più esagerate e sempre meno coordinate: si osserva piuttosto delirio depressivo. Inoltre le allucinazioni sono pressochè costanti negli alcoolisti; sono allucinazioni visive che offrono speciali caratteri nella loro forma (visioni terrifiche, visioni d'animali). Bisogna notare infine che abitualmente si possono verificare nell'alcoolista disturbi della sensibilità (dolori, crampi) e disturbi motorii (paralisi), che non si conoscono [ordinariamente] nella paralisi generale.

La *pseudo-paralisi generale saturnina* ha presentato essa pure precedentemente i fenomeni del saturnismo: colica saturnina, paralisi; ed all'esame dell'ammalato si possono ancora notare il contorno alle gengive e la tinta terrea dei tegumenti: in esso un certo grado di potenza intellettuale persiste a lungo; i disturbi sensitivi e motorii sono abituali. L'affezione ha infine una durata molto più lunga di quella della paralisi generale, e intrammezzata da remissioni. Si possono anche verificare vere guarigioni, come pure ricadute per effetto di una nuova intossicazione.

Klippel (1) ha riconosciuto che potevano associarsi disturbi mentali e nevriti in modo da simulare una paralisi generale, ed ha proposto per questi casi il nome di *pseudo-paralisi generale nevritica*. Egli inclinerebbe a far rientrare sotto questa denominazione i casi di pseudo-paralisi dei quali abbiamo già parlato. In questi casi soltanto la conoscenza dell'anamnesi potrebbe risvegliare l'attenzione, così che ulteriormente si possa, dato un decorso nè progressivo, nè rapido, formulare la diagnosi.

D'altra parte, secondo Klippel, le lesioni ateromatose dei vasi del cervello si combinano qualche volta in modo tale che le manifestazioni cliniche alle quali dànno luogo le alterazioni cerebrali consecutive, presentano una sintomatologia analoga a quella della paralisi generale: è questa la *pseudo-paralisi generale artritica*. Nei casi di questo genere solo l'età avanzata dell'ammalato potrà risparmiare l'errore di diagnosi.

[La *pseudo-paralisi carbonica o anossiemica* (Moreau de Tours jun., Marcé, Victor, Musso) (*a*), in un primo periodo è caratterizzata da cefalea, parestesie nel campo del trigemino, disturbi vaso-motorii, ansia, cardio-palmo, vertigini, insonnia, torpore intellettuale; più tardi compajono l'indebolimento progressivo dei poteri mentali, la debolezza muscolare, la incoordinazione soprattutto evidente nella loquela, rigidità della pupilla. A questo punto la sindrome è quella

---

(1) Klippel, Des pseudo-paralysies générales névritiques; *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, febbraio 1893.

(*a*) Cfr. Musso, Sulla pseudo-paralisi gen. per intossic. lenta da ossido di carbonio (lavoro fatto nella mia Clinica); *Rivista clinica*, agosto 1885 (E. Morselli).

della paralisi progressiva al secondo stadio. Ma se ne differenzia, perchè tolto l'infermo all'influenza della causa (calore raggiante e vapori di carbone) non solo si ha sosta ma miglioramento abbastanza rapido e infine guarigione. Manca il delirio fastoso, e, ad ogni modo, prevale un delirio di persecuzione come in tutte le psicosi tossiche: quasi sempre però questa pseudo-paralisi decorrerebbe come la forma semplice demente della paralisi vera.

Nel maidismo cronico o pellagra vi è una forma còn disturbi così gravi di innervazione, — motilità, sensibilità e psiche — da costituire il quadro clinico di una *pseudo-paralisi pellagrosa.* Essa fu creata in Francia, ma studiata bene solo in Italia (*a*). Vi si trovano paresi muscolare, tremore, esagerazione dei riflessi tendinei, andatura barcollante, attacchi convulsivi, analgesia, disturbi di trofismo generale e parziale, indebolimento psichico, vale a dire un buon numero dei sintomi della paralisi tipica. Manca però il caratteristico disturbo della loquela; manca sempre il decorso colle note fasi paralitiche; la paresi è per lo più d'indole spastica; vi è tetanìa che non si vede quasi mai nella paralisi. La diagnosi differenziale del resto è subordinata a considerazioni topografiche, avendo la pellagra una speciale geografia (E. Morselli)].

Patogenesi — Natura. — L'origine della paralisi generale, fino a questi ultimi anni, era attribuita a un numero grandissimo di cause diverse, agenti sia isolatamente sia d'accordo fra loro: eredità, alcoolismo, strapazzo, eccessi sessuali, traumatismi al capo, erano le cause invocate, delle quali però nessuna pareva godere veramente di un'efficacia speciale e dimostrata. Più recentemente il problema parve quasi risolto: la concordanza di grandissima parte delle ricerche statistiche intraprese sulla eziologia di questo morbo aveva dimostrato, come si è visto, la incontestabile superiorità in frequenza della sifilide negli antecedenti della malattia; onde certi autori fra altre ragioni ammettono anche questa per affermare che la paralisi generale è, *in ogni caso*, una malattia *sifilitica.*

Però l'importanza della sifilide in riguardo alla paralisi generale è stata molto discussa, e due opinioni contrarie rimangono attualmente in campo: 1° la paralisi generale vera *è di natura sifilitica;* 2° la paralisi generale vera *non è di natura sifilitica*, essa è l'espressione di una labe neuropatica ereditaria, preesistente, e la grande importanza della sifilide consiste in ciò che essa rivela questa labe.

1° Il prof. Fournier (1) partigiano della prima di queste dottrine ha portato in proprio appoggio argomenti che potrebbero essere riassunti così: anzitutto le statistiche dimostrano che la paralisi generale riconosce nella sifilide uno dei suoi fattori eziologici, e di più, un fattore eziologico potente (60-80 per 100). La paralisi generale è rara nella donna, e quando si osserva in questa, si tratta per lo più di donne sifilitiche. La paralisi generale e la sifilide sono parallelamente rare in certi ambienti particolari. [Così l'Ehlers, viaggiando in Irlanda, vi trovava rarissima la sifilide, e osservata una volta sola la paralisi nella capitale, su di un giovane che era stato per qualche tempo all'estero (*b*) (E. M.)]. Secondo le statistiche di parecchi autori, la sifilide tiene il primo posto tra i

---

(*a*) Cfr. Lombroso, Trattato profilattico e clinico della pellagra, Torino, Bocca, 1892. — Pieraccini A.; Appendice al vol. II di questo " Trattato ", ediz. ital., 1893, pag. 741.

(1) Fournier, Syphilis et paralysie générale; *Bulletin médical*, 26 aprile 1893, n. 33, pag. 383.

(*b*) Ehlers, *Société franç. de Dermatol. et de Syphilogr.*, 15 nov. 1894 (E. M.).

diversi fattori eziologici attribuiti alla paralisi generale (eredità, eccessi, strapazzo, alcoolismo). La sifilide è comparativamente molto più frequente negli antecedenti dei paralitici generali che in quelli di tutti gli altri pazzi. La paralisi generale nei casi eccezionali in cui appare negli adolescenti (forma giovanile) colpisce in proporzione considerevole i sifilitici ereditarii (*a*). L'associazione frequente della paralisi generale alla tabe, la quale pure nove volte su dieci trae origine dalla sifilide, costituisce una coincidenza assai significante.

Si è però obiettato a questi argomenti: che in primo luogo la paralisi generale non potrebbe essere sifilitica, perchè la cura antisifilitica non agisce su di essa; che le lesioni della paralisi generale non sono istologicamente lesioni di natura sifilitica; che i sintomi non hanno nessuna somiglianza col contegno delle affezioni sifilitiche; che infine la paralisi generale risulta quasi sempre da fattori complessi, tra i quali non si può attribuire preponderanza alla sifilide; che l'incostanza dell'intervento della sifilide è dimostrata da casi nei quali la sifilide è stata contratta da paralitici generali nel corso della malattia.

A queste ragioni Fournier ha potuto rispondere: che la cura antisifilitica può non guarire la paralisi generale sebbene questa sia d'origine sifilitica, in quanto che, come ben si sa, essa non può rimediare a tutti gli effetti della sifilide; che dal punto di vista anatomo-patologico sarebbe presuntuoso il voler circoscrivere *a priori* il quadro delle lesioni sifilitiche restringendolo a quello delle lesioni sin qui considerate come specifiche; che le statistiche bastano a dimostrare la preponderanza patogenetica della sifilide, e la sifilide ereditaria nelle paralisi giovanili la conferma.

Quanto al *meccanismo* pel quale la sifilide — ammessa la prima ipotesi — genererebbe la paralisi generale, si sono fatte diverse supposizioni. Alcuni pensano che le lesioni comuni della sifilide cerebrale, della quale si è potuto notare la preesistenza in questi casi, produrrebbero come conseguenza un decadimento per difetto di nutrizione, ed una specie di degenerazione del sistema nervoso, della quale la paralisi generale sarebbe l'espressione secondaria.

Secondo Fournier la paralisi generale *emana direttamente* dalla sifilide. Tutt'al più egli fa riserve sulla esclusività di questa dipendenza per quella categoria particolare di fenomeni sifilitici da lui riuniti sotto il nome di *affezioni parasifilitiche*. Questo gruppo, per altro, deve essere distinto dagli altri effetti della sifilide soltanto per la sua comune incurabilità di fronte alla terapia specifica. Ora il valore di questo solo carattere non è tale da impedire che il gruppo parasifilitico venga connesso colla sifilide come colla sua causa prima: questo gruppo e la paralisi generale che gli appartiene in modo particolare costituiscono adunque una parte importante della entità sifilide (1).

Secondo la teoria di Strümpell la paralisi generale, come la tabe, proverrebbe da una *intossicazione* dovuta, se non al supposto microbio della sifilide, alle tossine che esso produce. Quest'organismo, dopo essersi manifestato per sè col dare origine ai sintomi ordinari della sifilide, eliminabile mediante la cura specifica, segregherebbe una tossina capace di determinare ulteriormente diversi fenomeni, fra i quali figurerebbe in ispecial modo la

(*a*) [Su questo argomento, veggasi la bella Memoria del Sacki, compilata su materiale della clinica di Oppenheim (*München. mediz. Wochenschrift*, n. 31, 1894). Egli ha raccolto in tutta la letteratura psichiatrica diciassette casi di paralisi generale in puberi da 13 a 20 anni, e ha trovato nella maggioranza di essi la sifilide ereditaria o acquisita. La forma clinica più comune era la demenza (E. Morselli)].

(1) Fournier, Affections parasyphilitiques, Parigi 1894.

paralisi generale, fenomeni refrattarî alla cura per la loro natura tossica e non bacillare.

La questione dei *rapporti fra paralisi generale e tabe* si connette intimamente alla precedente, in quanto la supposta comune eziologia sifilitica delle due malattie è il più valido argomento di cui si servano i sostenitori della dottrina unitaria della paralisi generale e della tabe.

La coesistenza delle due malattie era già stata notata nel 1833 da Horn (1), e se n'erano riferiti esempi da Türck (2) e da vari osservatori, quando l'attenzione fu in particolar modo attirata su questo punto da Westphal (3) in Germania e da Baillarger (4) in Francia. Lo scorso anno questo argomento è stato oggetto di discussione alla Società medicale degli Ospedali di Parigi (Raymond, Joffroy, Ballet, Rendu) (5). Gli argomenti messi in campo in quell'occasione da entrambe le parti sono stati riprodotti ed in certo modo sintetizzati in due tesi recenti.

Da una parte Nageotte (6), allievo di Raymond, difende la dottrina *unitaria*, sostiene cioè che la tabe e la paralisi generale devono essere considerate come manifestazioni diverse di *una sola ed unica malattia* [ed è seguìto, fra i recentissimi, da Courtois-Suffit e Garnier (E. M.)]; dall'altra Stojanowitch (7), ispirato da Joffroy, ritiene a conclusione delle sue ricerche che la tabe e la paralisi generale differiscano completamente fra loro sì da restare *malattie indipendenti*, siano o non siano riunite in uno stesso individuo.

A sua volta Fournier s'è intromesso nella questione. Egli inclina a credere che tabe e paralisi generale, se non costituiscono assolutamente una sola malattia, siano però molto strettamente unite fra loro in quanto l'una e l'altra figurano tra le *affezioni parasifilitiche;* che per conseguenza la paralisi generale è una emanazione della sifilide, nè più nè meno che la tabe.

In favore di questa teoria unitaria [probabilissimamente, al dire di Féré e a mio avviso, troppo esagerata (E. M.)] si è fatto considerare soprattutto che esiste un gran numero di sintomi ed un decorso comuni all'una ed all'altra malattia; che i due tipi morbosi si associano in vario modo in molti casi; che hanno una identica eziologia sifilitica; che le loro lesioni sono similari avendo una tendenza ad espandersi reciprocamente oltre i loro confini ciascuna nel territorio dell'altra, la tabe colle sue lesioni invadendo la paralisi generale, e quest'ultima producendo lesioni spinali tabetiche.

[Recentemente, il prof. Fournier, insistendo con la estrema chiarezza che gli è solita, sul problema dei rapporti fra la sifilide, la tabe e la paralisi generale, notava com'esso comprendesse quattro ben distinte questioni (*a*).

1° *Esiste o no, come possibile risultato della sifilide, una sindrome clinica che meriti il nome di pseudo-paralisi generale sifilitica?* E risponde affermativamente: esiste una forma particolare di sifilide cerebrale che ricorda più o meno la fisonomia patologica della paralisi generale.

2° *Può in qualsiasi modo la paralisi generale vera derivare dalla sifilide,*

---

(1) Horn, *Arch. Berliner*, 1833.
(2) Türck, *Sitzungsberichte der Wiener Akademie*, XXI.
(3) Westphal, Tabes dorsalis und Paralysis progressiv; *Allgemeine Zeitschrift f. Psych.*, Bd. XX.
(4) Baillarger, *Arch. cliniques des Maladies mentales.*
(5) *Soc. méd. des hôpitaux*, sedute del 15 e del 20 aprile e del 6 maggio.
(6) Nageotte, Tabes et paralysie générale; Thèse de Paris, 1893.
(7) Stojanowitch, Thèse de Paris, 1893.
(*a*) Fournier, *Gazette des Hôpitaux*, n. 128, 6 novembre 1894. Cfr. L. Hagelstein, De la folie parasyphilitique; Thèse de Nancy, 1894 (E. M.).

e se sì con quale frequenza ne deriva? È evidente che un nesso patogenetico (quale si sia la sua natura) lega la causa " sifilide " all'effetto " paralisi "; e lo provano tre fatti cospicui: la frequenza della sifilide nell'anamnesi dei paralitici raccolta dagli alienisti; il numero non lieve di sifilitici che i sifilografi veggono terminare in paralisi; la forma giovanile di questa con la sua eredità infettiva o luetica.

3° *La paralisi generale vera che si produce come conseguenza della sifilide è di* " natura " *oppure soltanto di* " origine " *sifilitica?* Se ci chiediamo per quale processo la sifilide termina nella paralisi e quale sia il loro vincolo patogenetico, troviamo che la paralisi procede dalla sifilide senza conservare nulla di sifilitico nella sua natura: dunque essa è una delle affezioni parasifilitiche, e come queste non solo non ha bisogno assoluto della sifilide per prodursi, ma per di più è ribelle alla cura specifica. — Al che io pure faccio plauso, mai avendo potuto osservare, checchè si dica o si pretenda, il più lontano accenno ad una guarigione della psicopatia paralitica col trattamento antisifilitico il più scrupoloso ed energico.

4° *La paralisi generale vera, che si produce come conseguenza della sifilide, si distingue forse per qualche carattere o clinico o anatomico o altro dalle paralisi generali diversamente originate?* Il Fournier crede che, pur essendo ancora scarso il materiale studiato opportunamente dagli alienisti, si noti una certa differenza nei sintomi: egli avrebbe visto che molte volte la paralisi generale dei sifilitici comincia con fenomeni tabici e altre volte persino si associa con la tabe dando luogo alla combinazione ibrida della " tabe cerebro-spinale ". — Al che io osservo che, secondo la mia esperienza clinica, non tanto la sintomatologia (che alla fine si riproduce più o men completa nelle svariate modalità della paralisi), quanto il decorso e più propriamente la evoluzione dei sintomi principali sarebbero diverse. Nella paralisi degli antichi sifilitici i disturbi psichici compaiono per lo più tardivamente, essendo primi, e per lungo tempo restando soli, quelli fisici: s'aggiunga che ne è pure più frequente l'iniziarsi con attacchi apoplettiformi, con vertigini, con afasie ed emiopie transitorie, con paralisi dei muscoli oculari che, come si sa (Sarbo, in *Revue neurol.*, aprile 1895), sono quasi sempre di origine sifilitica (E. Morselli)].

I sostenitori dell'indipendenza delle due affezioni [paralisi e tabe] obbiettano: che la comunanza dei sintomi è più apparente che reale (disturbi dei riflessi tendinei, a dir vero, in entrambe le malattie, ma in una per esagerazione, nell'altra per abolizione, ecc.); che l'associazione delle due malattie è relativamente rara, se si tolgono dalle statistiche i casi nei quali non si riscontra il tipo classico di ciascuna affezione; che la sifilide può essere la causa abituale dell'atassia e della paralisi generale, ma non ne è la causa costante; che le lesioni anatomiche differiscono essenzialmente (diffuse ed interstiziali nella paralisi generale, sistematiche e parenchimatose nella tabe, [localizzate dapprincipio nella prima sui vasi, nella seconda sugli elementi nervosi) (Zenner); che in certi casi le lesioni dell'una, ordinariamente la tabe, si innestano su quelle dell'altra già da tempo preesistenti (Levi); che ad ogni modo la tabe combinantesi con la paralisi assume per lo più la forma frusta (Berbez), e, secondo le mie osservazioni, mai o quasi mai è propriamente completa non solo per la sintomatologia, ma neppure per la evoluzione dei sintomi (*a*) (E. Morselli)].

(*a*) Cfr. Zenner, Gen. paralysis occurring in the course of locomotor ataxia; *Cincinnati Lancet clin.*, maggio 1893. — Levi, cit. da Selvatico-Estense, in *Riv. di Fren.*, XX, 1894. — Berbez, *Annales méd.-psych.*, 1893 (E. M.).

2° Charcot è stato invece l'avversario più fiero della dottrina sifilitica della paralisi generale. Secondo la sua opinione, la paralisi generale, al pari della tabe, non è punto una malattia sifilitica, e, se facciamo astrazione dai casi nei quali la sifilide crea le apparenze di questa malattia (pseudo-paralisi generale), essa è sempre causata da una *predisposizione nervosa*, probabilmente ereditaria, di fronte alla quale la sifilide non ha che l'importanza di causa occasionante. Attualmente, insomma, si può dire che le statistiche (tanto la nostra come quella della maggior parte degli autori) dimostrano l'esistenza abituale della sifilide negli antecedenti dei paralitici. Ma accanto a questo non dubbio rapporto eziologico, la soluzione patogenetica rimane oscura; d'altra parte certi casi di paralisi generale, che ci sembrano scarsi in numero, non si possono mettere in rapporto colla sifilide.

Cura. — Gli autori che considerano la paralisi generale come un'affezione d'origine sifilitica hanno proposta ed attuata la *cura specifica* sotto le sue diverse forme; ancora coloro che accordano alla sifilide soltanto un'importanza secondaria, occasionale e provocatrice, non hanno creduto di poter negare agli ammalati i vantaggi sperati da questa cura. I risultati ottenuti sino ad oggi sono tutt'altro che incoraggianti. [In ogni caso di paralisi vera, che non mi mostri controindicazione decisa (processo troppo avanzato, decadimento della nutrizione, disturbi dell'apparato digerente, ecc.), io da molti anni uso prescrivere, ad ogni buon conto, il trattamento specifico; e, certo, ne ritraggo giovamento. Debbo però con sincerità affermare che mi tocca attribuir ciò non ai preparati mercuriali o jodici in sè, ma alle norme generali di igiene, al riposo, all'allontanamento da ogni specie di stimolo che nello stesso mentre si prescrivono e che per lo più l'infermo, se non è in istato di agitazione o di incoscienza assoluta, segue con premura durante qualche tempo. Ad onta della oggidì proclamata relazione eziologica della paralisi con la sifilide, si giunge alla sconfortante conclusione che essa, al pari della tabe, e delle affezioni parasifilitiche, ed anche di quelle eredosifilitiche, è indarno combattuta col trattamento antisifilitico (E. Morselli)].

Tuttavia Fournier (1) afferma che la cura specifica, sebbene assolutamente inefficace ed illusoria nella maggioranza dei casi, esercita *talvolta* una qualche influenza medicatrice sulla paralisi generale dei sifilitici; così si spiega come a questa cura si siano attribuiti casi di notevole miglioramento ed altri di remissioni più o meno prolungate. Si è citato anche un caso di guarigione. [Ma è probabile che riveduto dopo un certo tempo, dopo un anno o due ad esempio, si ritroverebbe il presunto guarito ricaduto in paralisi. Le remissioni, d'altra parte, avvengono talvolta anche in via naturale, nè, sopravvenendo in un infermo sottoposto a cura, possono attribuirsi con certezza a questa.

Anche il prof. Kowalewscky, che si è molto occupato dell'argomento e che è fra gli ottimisti rispetto alla curabilità della paralisi (*a*), dice di avere istituito il trattamento specifico non solo nei casi dove era dimostrata la origine sifilitica, ma anche dov'era presunta: ordinava contemporaneamente bagni solforosi, cauterizzazioni, elettricità, ecc. Narra di avere ottenuto non pochi casi di miglioramento, ma la guarigione propriamente detta solo nella pseudo-paralisi luetica (E. Morselli)].

---

(1) Fournier, Syphilis et paralysie générale; *Bulletin médical*, 3 maggio 1893, n. 35, pag. 407.

(*a*) Kowalewscky, Hygiène et trait. des mal. nerv. et ment., traduz. francese, Parigi 1890. — Id., cit. in *Neurolog. Centralblatt.*, 1894 (E. M.).

Aggiungeremo però che in alcuni casi la diagnosi, data la sifilide cerebrale, non si potrebbe sin dal principio stabilire con tutta certezza. Se si pensa d'altra parte che la cura porta in un sifilitico il vantaggio di premunirlo contro eventuali manifestazioni specifiche ulteriori, si comprenderà che è prudente, secondo che usava sempre Charcot, istituire in ogni paralitico generale, con o senza antecedenti accertati di sifilide, un periodo regolare di cura specifica. Tuttavia questa cura, che si prescriverà sotto forma di frizioni mercuriali associate all'uso interno dell'ioduro di potassio, non dovrà essere prolungata di troppo, e se non presenterà alcun risultato favorevole, si dovrà sospendere per due o tre mesi. Si avrà cura di sorvegliare colla massima attenzione l'amministrazione dell'ioduro di potassio, che talvolta parve desse occasione a fenomeni congestivi. [Le cure, anche prolungate, coi preparati di Zittmann, di Pollini, ecc., non dànno migliori effetti, e il più spesso non possono essere tollerate (E. M.)].

Durante il periodo *prodromico* [che è visto quasi esclusivamente dal medico di famiglia, quasi mai dall'alienista], sono indicate certe precauzioni. Anzitutto si risparmierà all'ammalato ogni causa d'eccitazione. Egli dovrà perciò sospendere le sue occupazioni e mettersi a riposo nelle migliori condizioni di igiene fisica e psichica possibili. Per questo rispetto il *soggiorno in campagna* od in certe stazioni termali calde e tranquille sarà utilissimo. Il regime alimentare sarà sorvegliato quanto alla qualità ed alla quantità: si eviterà che l'ammalato faccia pasti troppo abbondanti o mangi in fretta, come spesso tende a fare; non gli si daranno cibi eccitanti: i condimenti, le bevande alcooliche, il the ed il caffè saranno letteralmente soppressi. [Nello stesso tempo, fatta la diagnosi, si avvertirà la famiglia dei danni finanziarii cui la potrebbe esporre una improvvisa esaltazione psichica dell'infermo (E. M.)].

Si è molto consigliata ed usata la *idroterapia*. Christian e Ritti hanno stabilito che essa potrebbe avere effetti piuttosto sfavorevoli. Noi condividiamo questa opinione, e proscriviamo affatto la doccia a pressione dalla cura della paralisi generale: [ne possono insorgere incidenti morbosi gravissimi, ad esempio vertigini, congestioni cerebrali, e persino attacchi apoplettiformi. Qualche infermo ha lasciata la vita in certi Stabilimenti idroterapici dove le applicazioni balnearie sono nelle mani del basso personale (E. M.)]. Però nei casi con eccitazione potremo usare le lozioni fredde con una spugna o il bagno prolungato dentro un lenzuolo inzuppato. Quest'ultimo metodo, privo di inconvenienti, ha dato qualche volta un certo vantaggio. [E indiscutibili vantaggi dà il capiluvio, cioè l'irrorazione d'acqua fresca sulla fronte durante 20-30 minuti (E. M.)].

La *revulsione* è stata raccomandata in tutte le sue forme. Basandosi sul fatto che abbastanza frequentemente certe suppurazioni, sopraggiunte accidentalmente nel corso della malattia, erano state seguite da remissioni, alcuni autori hanno tentato di riprodurre analoghe condizioni a scopo terapeutico, promovendo e mantenendo prolungate suppurazioni per mezzo del setone o dei cauterii. [Ultimamente Robertson (*a*) ha osservato due volte una notevole miglioria nello stato fisico e psichico di paralitici, cui erano state praticate e tenute aperte per lungo tempo ferite suppuranti. Il Marro e il Ruata, sempre

(*a*) Robertson, in *Glasgow med. Journal*, dicembre 1893.

in questo intento, provocano ascessi con le iniezioni di cantaridato di potassa o di olio essenziale di trementina (*a*). Fatto è che i rivulsivi, rigettati fino dal tempo di Esquirol, tornano ora di moda, come vi tornano in altri campi della medicina vecchi metodi di cura (salasso, purghe ripetute, flagellazione, elettricità statica, ecc.) (E. Morselli)].

Si potrebbe in ogni caso, se non consigliare metodi così eroici, ricorrere ai diversi mezzi rivulsivi abituali: punte di fuoco, pennellature jodiche alla nuca, ecc. [Fino a pochi anni or sono, erano in onore in certe Case di salute le frizioni con unguento stibiato sul cuoio capelluto rasato; e confesso d'averne, io stesso, tentata la prova in alcuni casi dove si poteva ritenere predominante lo stato congestizio passivo dell'encefalo: ebbene, non posso negare a tale trattamento molesto e non privo di pericoli una qualche efficacia. Più utili mi sono sempre parse, però, le rivulsioni alla nuca ottenute con comuni vescicanti, ma ne faccio uso solo nel primo stadio della malattia. Si raccomandano, allo stesso intento, le così dette *rivulsioni intestinali*, cioè la somministrazione periodica di purganti, preferibilmente salini, fra cui ottime le acque minerali di Buda-Pest: da lunghi anni ne traggo non lievi benefizii. E lo stesso debbo dire della doccia ai piedi che agisce come innocuo rivulsivo (E. Morselli)].

Quanto ai *medicamenti interni* propriamente detti non ve n'è uno, fra i molti prescritti per considerazioni diverse, che abbia sin qui dato un risultato. Nè la digitale, nè l'ergotina, nè la stricnina, [nè la fava del Calabar lodata dal Crichton-Brown (E. M.)] hanno mai determinato un miglioramento notevole. Oltre al bromuro di potassio, che daremo nei casi di eccitazione, [ma di cui si dovrà accuratamente regolare l'uso, perchè aumenta talvolta il torpore mentale (E. M.)], noi prescriviamo spesso una cura composta, cioè l'uso alternativo di joduro di sodio per quindici giorni e di arsenicali per altri quindici giorni, e così di seguito; nello stesso tempo si consigliano leggieri purganti spesso ripetuti, specialmente quelli a base d'aloe [o i salini, come sopra si è detto].

[La *elettroterapia* è stata consigliata nella cura delle psicosi (Arndt, Tigges, ecc.), ma nella paralisi progressiva, in onta alle buone raccomandazioni di Hitzig, di Schüle, i vantaggi sono assai scarsi, per non dire del tutto nulli. L'Erb stesso, che, come si sa, è fautore dell'elettricità, lo confessa. Tutto al più, volendosi approfittare dell'azione delle correnti galvaniche sulla circolazione cerebrale (?), si tenterà la galvanizzazione, così detta, del simpatico al collo. Nel casi di demenza paralitica incipiente, con attacchi di afasia transitoria, uso da più anni la galvanizzazione al capo (non più di $2 \, ^1/_2$-3 milliampéri, placca cefalica larga, elettrodi stabili), e posso lodarmene (E. Morselli)].

Quando la malattia, nonostante tutti gli sforzi, sarà giunta al periodo di stato, sarà preferibile attenersi da una parte alle cure puramente igieniche, combattendo dall'altra gli eventuali accidenti e le complicazioni.

Col sopraggiungere dei delirii, spesso diventerà necessario il ricovero in un Manicomio, o perchè l'eccitazione *maniaca*, giunta a un grado eccessivo, renda il paziente pericoloso agli altri, o perchè la *malinconia* sia accompagnata da rifiuto del cibo e tendenza al suicidio.

(*a*) Marro, in *Annali di Freniatria*, Torino 1890 — Marro e Ruata, in *Giorn. R. Accademia di Torino*, 1894.

Le molte *complicazioni* che possono sopravvenire durante la malattia, agitazione estrema, accessi apoplettiformi, accessi epilettiformi, escare, ecc., non portano indicazioni speciali e si combatteranno coi mezzi abituali.

L'*intervento chirurgico* (1), sia la trapanazione seguìta da lavatura, sia la trapanazione semplice, sia la puntura del confluente aracnoideo, è stato raccomandato in questi ultimi anni [dal dott. Burckhardt di Préfargier, specialmente, che se ne è fatto il paladino, ma recando ben poche prove in suo favore (E. M.)]. Sino ad oggi i risultati ottenuti non sembrano tanto incoraggianti da autorizzarci a far tentativi in questa direzione.

Bibliografia. — A. Voisin, Traité de la paralysie générale, Paris 1879. — Mendel, Die progressive Paralysis der Irren, Berlin 1880. — Christian et Ritti, Art. Paralysie générale in *Dict. encyclop. des Sciences médicales*, 1885. — J. Mickle, General Paralysis of the Insane [IIª ediz.] London 1886; [e Art. General Paralysis nel *Dictionnary of psychological Medicine*, 1892]. — Magnan et Sérieux, La Paralysie générale, Paris, Masson, 1894. — [Krafft-Ebing, Die progressive allgemeine Paralyse, nell'*Handbuch d. spec. Pathologie und Therapie* di Nothnagel, vol. IX, parte 2ª, Vienna, Hölder, 1894, di pag. 108, con ricchissima letteratura. — Per avere un'idea più completa dell'argomento si dovranno consultare i Trattati e i periodici speciali di Psichiatria. Dei Trattati più recenti do l'indicazione in altra parte di questa opera (alla fine del 1° capitolo sulle Psicosi). La semejotica della paralisi si trova largamente descritta nel mio: Manuale di Semejotica delle Malattie mentali, I-II vol., Milano, Fr. Vallardi, 1885-95, sebbene per l'indole speciale del libro essa vi sia disseminata qua e là: mi permetto, intanto, di far rilevare i paragrafi del II vol. riguardanti il portamento (p. 205), la mimica (p. 247), le dislalie e disartrie (pp. 336, 339), i delirii (p. 454), la psicometria (p. 750), gli scritti (p. 494) dei paralitici. Le più accurate fra le recenti nosografie della paralisi sono quelle contenute nei Trattati di Schüle (III ediz., tr. ital.), Wernicke (III volume), Krafft-Ebing (V ediz.), di Levinstein Schlegel (vol. I, pp. 464-534), di Kraepelin (IV ediz., pp. 573-627), di Dagonet (III ediz., pp. 576-628), di Kirchhoff (pp. 403-449) e di Ziehen (pp. 413-440). Per l'anatomia patologica cfr. specialmente Bevan-Lewis, A Text-book of ment. diseases, Londra 1889 (pp. 432-521). — Eccellenti e copiose rassegne sintetiche sulla paralisi, dove vengono riferite obbiettivamente le indagini ed osservazioni cliniche degli autori, si trovano negli *Schmidt's Jahrbücher*, nel *Neurologisches Centralblatt*, nell'*Intern. Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie*, nella *Revue neurologique*, nelle *Archives de Neurologie*, nel *Brain*, e nella nostra ottima *Riv. sperimentale di Freniatria* (E. Morselli)].

(1) Clay Shaw et Harisson Crips, On the surgical treatment of general paralysis; *The British medical Journal*, 14 giugno 1890, pag. 1364. [Cfr. per casi di paralisi sottoposti a trapanazione Goodhall, in *Mercredi médical*, ottobre 1893; Mac Pherson, in *Edinb. med. Journal*, gennaio 1894; Annandale, ivi, aprile 1894 (E. Morselli)].

TRATTATO DI MEDICINA

LE PSICOSI

del Dottor **GILBERTO BALLET**
Professore aggregato alla Facoltà di Medicina, Medico dell'Ospedale di Sant'Antonio in Parigi

Traduzione italiana del Dottor VITTORIO COLLA
riveduta ed arricchita di Aggiunte e di Note
dal Professore ENRICO MORSELLI
Direttore della Clinica psichiatrica di Genova.

LE PSICOSI[a]

del Dott. GILBERTO BALLET

Prof. aggregato alla Facoltà di Medicina, Medico dell'Ospedale Sant'Antonio in Parigi

CONSIDERAZIONI GENERALI

La patologia mentale, considerata nel suo insieme, comprende lo studio di tutti i disordini psichici, qualunque ne sia la causa, la natura, la durata od il decorso. Ora, col nome di disturbi *psichici* dobbiamo indicare non solo le alterazioni dell'intelligenza, ma anche quelle del carattere e della volontà; [e sotto lo stesso nome vanno posti non soltanto quei cangiamenti morbosi della vita mentale che sono il prodotto di processi patologici acquisiti, ma pur anco quelle varietà abnormi di individualità psichica che sembrano, e sono, connaturate alla formazione ed allo sviluppo dell'individualità organica (E. M.)]. Il che indica come questa parte della patologia sia delle più vaste, [e nello stesso tempo la più difficile ed elevata per la natura stessa del suo oggetto di studio e pei rapporti che essa ha con altre scienze non mediche, con le sociali e giuridiche, con le storiche e politiche in genere (E. M.)]. Di fatti, un trattato completo su questo argomento dovrebbe comprendere lo studio particolareggiato delle molteplici cause, che in un modo qualunque possono determinare dei disturbi cerebrali e dei sintomi originati da un tale o tal altro elemento eziologico; tutti i delirii, qualunque ne sia la causa, [tutti i turbamenti

---

(*a*) Traduzione italiana del Dottor Vittorio Colla, riveduta ed arricchita di Aggiunte e di Note dal Professore ENRICO MORSELLI, Direttore della Clinica psichiatrica e docente di Neuropatologia nella R. Università di Genova, le quali tutte, abbiano o no la sua sigla o il suo nome, sono, al solito, poste sempre fra due parentesi quadre [ ] (*b*).

(*b*) [Nel rivedere questa traduzione conforme all'incarico datomi dall'egregia Casa Editrice, io avrei forse dovuto modificare quasi per intero la disposizione della materia qual'è qui adottata dal Dr. Ballet, e sopraccaricarla di aggiunte copiose intorno ai molti argomenti speciali che egli ha ommesso, senza dubbio, volontariamente. Poichè più che una trattazione organica delle Psicosi, quale sarebbe forse desiderata, questa parte del *Traité de Médecine* è una buona esposizione di alcuni fra i capitoli più importanti della Psichiatria. Però ha il pregio di toccare per l'appunto quelli che più strettamente concernono la pratica dell'arte salutare. Il medico non dato agli studii psicopatologici vi trova tutto quanto gli può necessitare per la conoscenza delle forme psicosiche *più generali e più comuni*, e anche l'alienista leggerà con profitto queste pagine dove sempre si rivela la solita chiarezza ed eleganza della medicina francese. Tutto considerato, ed anche per non rifare il lavoro altrui, mi sono contentato di accrescere qua e là il testo di alcune aggiunte, di sostituire la terminologia nostrana alla francese, e di postillare i punti dove mi è parso doveroso far noto il ricco contributo arrecato ai progressi della patologia mentale dagli alienisti Italiani degli ultimi due o tre decennii (E. Morselli)].

dell'emotività e affettività], dovrebbero esservi trattati. Di fatti, in molte opere di psichiatria francesi e straniere si tratta dei varii disturbi mentali spesso di forma molto diversa, che possono manifestarsi per influenza di una stessa causa morbosa, ad esempio nel decorso del reumatismo, dell'ileo-tifo, delle cardiopatie, della febbre puerperale, ecc.

[Intesa in tal modo la Psichiatria diviene quale veramente dovrebbe essere e quale io l'ho altrove definita: *quella parte della Medicina che studia le deviazioni della mente umana prodotte dalle anomalie e malattie primitive o secondarie del suo fondamento organico* (il cervello) *e che indica i mezzi per prevenirle e curarle* (*a*) (E. M.].

Per parecchie ragioni non possiamo attenerci a questa regola: nè l'ordine generale di questo Trattato, nè il breve spazio assegnatoci si prestano ad una rassegna dei disturbi psichici detti sintomatici, che però sono descritti, almeno sommariamente, nei capitoli che trattano delle malattie acute febbrili, delle affezioni cardiache o renali, di tutte quelle, cioè, nel decorso delle quali possono manifestarsi complicazioni cerebrali di varia forma e natura.

Ci limiteremo, quindi, a descrivere le malattie mentali che comunemente passano sotto il nome di *vesanie* o *psicosi* (*b*). Si tratta di vere entità morbose o, per lo meno, di affezioni che, sino a prova contraria, la clinica ci obbliga a considerare, come le *neurosi* (epilessia, isterismo, corea, neurastenia), aventi una specie di autonomia e di individualità propria. Però, conviene confessarlo, i caratteri di queste varie individualità morbose non sono così precisi e definiti, che tutti gli autori siano d'accordo quando si tratta di specificarle e di classificarle. Invero, allorquando ci si trova nel caso concreto, in presenza cioè dei casi singoli, ci accorgiamo subito che le classificazioni adottate, qualunque esse siano, non corrispondono se non imperfettamente ai fatti clinici. Non ci si farà colpa se accentueremo forse più di quanto convenga i contorni

---

(*a*) Cfr. Morselli, Introd. allo studio della Psicol. patol. e Clinica psichiatrica, Torino, Loescher, 1881; — La Psichiatria moderna nei suoi rapporti con le altre scienze; *Riforma medica*, 1891, n. 103; — Man. di Semejotica delle mal. ment., due vol., Milano 1885-94. — La più originale delle definizioni della Psichiatria è quella data dal Meynert (Psychiatrie, Vienna 1884, fasc. I); egli la chiama *clinica delle malattie del cervello anteriore (Vorderhirn)*. Ma in realtà, per quanto sia ammissibile che le parti anteriori dell'encefalo, derivate embriologicamente dalla vescica primordiale anteriore, e soprattutto il mantello degli emisferi, il corpo calloso, i ganglii centrali, la vôlta, abbiano le funzioni cerebrali più alte, non devesi però dimenticare che la psiche è il prodotto di tutto l'organismo individuale. I fenomeni mentali coscienti, le cui alterazioni e deviazioni sono l'oggetto vero della Psichiatria, non costituiscono la trama, ma il risalto dell'attività psichica totale, le cui sorgenti sono disseminate non solo nelle altre parti dei centri nervosi derivate dalla vescica mediana, dalla posteriore e dall'asse midollare, bensì in tutti gli elementi somatici, come lo provano i rapporti causali fra la condizione della cenestesi e gli stati affettivi ed intellettivi (E. Morselli).

(*b*) [La designazione di " *psicosi* „ è oggi quasi generalmente adoperata nel significato di " malattie mentali senza noto o ben determinato fondamento anatomico „, e corrisponde a quella di " neurosi „ della Neuropatologia. E invero, toltone il delirio acuto, la di cui patogenesi per quanto oscurissima sembra tendere sempre più a farne una malattia infettiva con localizzazione prevalente nei centri nervosi, tutte le altre forme psicopatiche descritte dal Ballet in questa parte del *Trattato* sono di natura, come suol dirsi, funzionale. In tal caso, da qualche tempo, alcuni preferiscono ritornare alla denominazione antica di " vesania „, che fu introdotta da Cullen e da Sauvages, e che non compromette il significato patogenico dell'affezione (Cfr. ad es. Arndt, Lehrb. d. Psych., 1883). Un certo numero di alienisti riserva il nome di " psicosi „ alle così dette forme degenerative, che sarebbero specialmente le ereditarie e le costituzionali, comprese quelle create dalle neurosi gravi (Cfr. ad es. Schüle, Klin. Psych., III[a] ediz.), e chiama perciò *psicopatie* tutte le malattie e anomalie mentali in genere. Queste differenze di terminologia hanno più importanza di quanto possa sembrare a prima vista: ma dipendono dalla difficoltà del subbietto e dalla giovinezza della patologia mentale, che è una branca medica in via di continuo sviluppo (E. Morselli)].

dei tipi che descriveremo; questo ci sembra il modo migliore per iniziare il lettore in un capitolo della patologia che, d'ordinario, gli è poco famigliare.

Sguardo storico (*a*). — I disturbi cerebrali che costituiscono ciò che volgarmente si chiama *pazzia* sono in generale abbastanza imponenti per attirare l'attenzione anche del non pratico, e in tal guisa si comprende come non siano passati inosservati agli osservatori più antichi. Ma, se sono facili a vedersi, il loro studio e la loro classificazione logica presentano delle difficoltà straordinarie. D'altra parte, siccome sono la manifestazione esterna delle malattie dello *spirito*, l'opinione che invalse sulla loro natura nelle varie epoche della medicina doveva risentire delle tendenze filosofiche proprie a ciascuna di esse.

Nei tempi antichi e nel medio evo il pazzo fu considerato, non come un ammalato, ma piuttosto come un ispirato dal cielo o come un ossesso o posseduto dal demonio: e, invero, fino allo scorcio del secolo XVIII ed al principio del nostro, troviamo negli autori soltanto indicazioni molto scarse e descrizioni vaghe e sommarie. Qualche nome però spicca in mezzo ai molti che si preoccupavano più di filosofare sulla pazzia che di descriverla. Areteo di Cappadocia (80 anni d. C.), uno dei più acuti osservatori dell'antichità, ci ha lasciato delle descrizioni della mania e della melancolia che in parecchi punti sono di notevolissima esattezza; Celio Aureliano (250 anni d. C.) espose, sulla cura dell'alienazione mentale, delle idee così giuste da sorprenderci: egli raccomandava i mezzi blandi, la mitezza, la non coercizione in luogo della violenza: egli lodava l'isolamento! Ma dal III al XVII secolo si cercherebbe invano nella produzione medica un'opera veramente buona sulla pazzia. Dobbiamo arrivare fino [a Pietro Zacchia, archiatro pontificio (1584-1659), che nelle sue *Quaestiones medico-legales* (1621) insorse pel primo, apertamente, contro le false e crudeli dottrine demonologiche, e gettò le basi della psichiatria forense (*b*) (E. M.)]; e fino a Willis (1622-1675) per trovare, insieme a considerazioni vaghe e teoriche, alcuni concetti sulla mania, sulla melanconia, sullo stupore e, anche, sulla cura degli alienati, dettati con buono spirito di osservazione.

Alla fine del secolo XVIII, malgrado le numerose dissertazioni fatte nei varii tempi sulle cause e sulla natura della pazzia, i dati positivi erano ancor molto scarsi. Si riducevano a quelle poche nozioni che, meglio degli altri, se non soltanto essi, avevano messo in rilievo i [quattro] autori, i cui nomi si segnalano nella storia dell'alienazione mentale fino all'epoca moderna. Si sapeva che vi hanno pazzi agitati, i maniaci, altri depressi e tristi, i melanconici, ed altri ancora, nei quali le facoltà intellettuali sono profondamente indebolite. Ma si era appena appena pensato che questi ultimi debbono essere divisi in varie categorie: lo stupore di Willis comprendeva anche la demenza e l'idiozia.

(*a*) [Un buon riassunto di storia della psichiatria, così teorica come pratica, trovasi nel *Trattato* di Leidesdorf, trad. ital. di Ungern-Sternberg, Torino 1878; occupa, è vero, una parte sproporzionata nel libro, ma soprattutto pei lavori italiani fino circa al 1876 è compilato con ricchezza insolita di indicazioni. La letteratura antica fino al 1830 trovasi in Friedreich, *Literärgeschichte d. Pathol. und Ther. d. psych. Krankheiten* (Würzburg 1830). Classica è pure l'opera del Calmeil, *De la folie*, più av. cit.; dopo della quale, toltine i soliti articoli generici delle Enciclopedie, non è più apparso, che io sappia, nessun lavoro sintetico vigoroso sulla storia della patologia mentale. Così, del resto, avviene in tutte le altre branche della medicina, dove a torto si attribuisce oggidì poca importanza alle idee ed alle osservazioni dei nostri maggiori. Ma quante " novità „ e quante " scoperte „ si troverebbero non soltanto antiche, ma, quel che è più strano, anche vecchie, qualora si gettasse lo sguardo imparziale e rispettoso verso il passato! (E. Morselli)].

(*b*) Anche il Régis (*The Alienist a. Neurologist*, ottobre 1894) riconosce questo merito al fondatore della medicina legale (E. M.).

Inoltre i pazzi, che pochissimo si conoscevano e che interessavano anche poco gli studiosi, erano a mala pena considerati come ammalati. " A Bicêtre, alla Salpêtrière, dice Pariset (1), il vizio, il delitto, la sventura, le infermità, le malattie più ributtanti e le più disparate, tutto era confuso, come confuso procedeva il servizio sanitario. I riparti erano inabitabili. Gli uomini vi giacevano nel fango, in cameroni tutta pietra, stretti, freddi, umidi, privi di aria e di luce, arredati da un solo strato di paglia che di rado si cambiava e ben presto diventava infetto, covili schifosi nei quali ora avremmo scrupolo di mettere gli infimi fra gli animali. Gli alienati gettati in queste cloache erano alla mercè dei loro infermieri, i quali erano poi detenuti presi a prestito dalle prigioni. Gli infelici ammalati erano caricati di catene e legati come forzati. Abbandonati così senza difesa alla brutalità dei loro guardiani, erano soggetti ai più crudeli maltrattamenti che strappavano loro giorno e notte delle grida e urla rese ancor più spaventevoli dal rumore delle loro catene „. [Nè diverse erano le condizioni dei pazzi negli altri paesi detti civili d'Europa, in Inghilterra, in Germania, in Italia: peggio ancora in Spagna, Russia e Turchia (E. M.)].

Lo scorcio del secolo XVIII vide effettuarsi una riforma che i più elementari sentimenti umanitarii imponevano da gran tempo. [L'Italia, che era stata il primo paese d'Europa in cui si fossero creati ospizii pei mentecatti (Roma nel 1300, Bergamo nel 1352, Firenze nel 1377...), fu pure tra le prime a trasformare questi asili-ricovero in veri manicomii pubblici (Torino lo fu nel 1728, la *Senavra* di Milano e Chambéry verso il 1780, *San Servolo* di Venezia, già casa privata di salute, nel 1797...). Ma in generale i pazzi erano mal tenuti e peggio curati. Furono due alienisti italiani, il Daquin in Savoia e il Chiarugi in Toscana, che si fecero iniziatori della grande riforma filantropica e nello stesso tempo scientifica, cui si debbono tutti gli ulteriori progressi della Psichiatria come dottrina e come arte salutare. Già sino dal 1774 il liberalissimo granduca Pier Leopoldo aveva emanato savie norme per l'ammissione dei pazzi nello *Spedale di Bonifazio* (così che l'Italia è pure la prima delle nazioni ad avere posseduto una legge per la tutela degli alienati!); ma ancor più grande fu il suo merito quando accoglieva le modificazioni dell'organizzazione sanitaria dell'ospizio fiorentino propostegli da Chiarugi. Quella grande riforma, che sostituiva un trattamento umano e savio alle misure di dura e superstiziosa ignoranza, che introduceva il lavoro come mezzo di cura e di igiene della pazzia, che sottoponeva i pazzi alla sorveglianza unica del medico, fu sanzionata il 19 maggio 1788. Per sua parte il Daquin, col tacito consenso del governo sabaudo, operava in più modesta sfera, nell'asilo di Chambéry, riforme pietose e sanitarie non dissimili. È adunque certo, se le date storiche hanno un valore, che il vanto della innovazione nel trattamento dei pazzi spetta all'Italia (E. MORSELLI) (*a*)].

In Francia, nel 1793, Pinel, aiutato dal sorvegliante Pussin, rompeva le catene degli alienati e sostituiva il metodo benevolo e dolce a quello della violenza e della forza. Nello stesso tempo, Tuke, cittadino di York, fondava una casa di salute, nella quale i pazzi dovevano essere curati col metodo raccomandato da Pinel. L'importanza di questa riforma [ben presto propalata, coi trionfi della Rivoluzione, più che non fosse permesso agli sforzi modesti di Chiarugi e Daquin] fu immensa, sia dal punto di vista umanitario che da quello scientifico. Difatti, a partire dai primi anni del nostro secolo, gli alienati,

(1) PARSET, Éloge de Pinel; *Académie de Médecine.*
(*a*) Cfr. LIVI, Pinel o Chiarugi? Firenze 1864.

equiparati fino allora ai delinquenti pericolosi, diventarono ammalati non solo degni di cura riguardosa ma anche di studio accurato.

[Contemporaneamente alla riforma nel campo pratico della Psichiatria, si effettuavano grandi progressi in quello dottrinale. Già il nostro sommo Morgagni, in poche ma geniali osservazioni, aveva gettate le basi dell'anatomia patologica della pazzia (1771) e il Sementini di Napoli insegnava essere questa una " malattia propria del cervello „. Più tardi l'inglese Cullen annoverava le alienazioni mentali fra le nevrosi, e l'Arnold eseguiva numerose autopsie di alienati. Ma fu sempre il Chiarugi che nel 1793, in un trattato *medico analitico* (si noti questa indicazione), dopo aver definito la pazzia un " delirio cronico, permanente con offesa primitiva dell'organo cerebrale „, univa pel primo a ben cento storie cliniche di alienati i reperti necroscopici. La sua nosografia risentiva, naturalmente, della imperfezione delle nozioni cliniche sulla pazzia, ma in allora le classificazioni dei medici alienisti, la cosa è veramente curiosa, tendevano a semplificare in pochissimi tipi ciò che invece la nosologia di Cullen, di Sauvages, frammentava sottilmente in forme multiple e varie (E. Morselli)].

La nosografia di Pinel era [pure] delle più ristrette: essa non indicava un grande progresso rispetto a quella del Willis. Pinel ammetteva quattro categorie di alienati: i maniaci, i melanconici, i dementi e gli idioti (*a*). Esquirol, medico a Charenton [1772-1840], fece fare un grande passo alla patologia mentale descrivendo una quinta categoria di ammalati: i monomaniaci. Così, il *delirio*, detto *parziale*, che occupa tanta parte della clinica psichiatrica, prendeva il suo posto a lato dei delirii generali (*mania* e *melanconia*) e delle varie forme della debolezza intellettuale (*demenza*, *idiozia*). Pinel ed Esquirol possono ritenersi quali i veri fondatori della psichiatria dove le loro idee hanno per lungo tempo dominato; ma ben presto le scoperte, che succedettero, dimostrarono l'insufficienza e l'imperfezione dell'opera loro. [Ecco, per data, le più importanti compiutesi in Francia (E. M.)].

Bayle, allievo di Esquirol, descrisse pel primo (1822-1825), col nome di *arachnitis*, la paralisi generale progressiva, i cui sintomi e le cui lesioni furono poi messe in rilievo dai lavori di Georget, di Delaye, e specialmente da quelli di Calmeil.

Lasègue, nel 1852, aprì nuovi orizzonti sull'argomento delle follie parziali descrivendo il delirio di persecuzione.

Nel 1854, G.-P. Falret e Baillanger dimostrano che gli accessi di mania e di melanconia possono associarsi in modo da costituire accessi accoppiati, dando così luogo col loro unirsi e susseguirsi ad una nuova forma di pazzia, la follia a doppia forma o pazzia circolare.

Due anni dopo (1856) uno svedese, Magnus Huss, volge l'attenzione sui disturbi psichici secondarii all'alcoolismo, fondando così la storia delle psicosi tossiche, [che doveva poi essere tanto perfezionata dagli alienisti e patologi francesi Lasègue, Lancereaux, Lunier, Magnan (E. M.)].

Con Morel [che si può dire il *Darwin della Psichiatria*] la patologia mentale entra in una fase nuova. Fino a lui, essa si era sempre limitata soltanto alla descrizione dei sintomi o di quei raggruppamenti notevoli di essi che noi diciamo sindromi; Morel dimostrò la somma importanza dell'eziologia nel classificare le affezioni mentali. Egli fece risaltare la parte capitale dell'eredi-

(*a*) [Si avverta, pure, per oppportuno raffronto col Chiarugi, che l'opera del Pinel si intitola " *Traité médico-philosophique* „, e fu pubblicata, ad ogni modo, *quindici anni* dopo quella del Chiarugi (E. M.)].

tarietà e della degenerazione nella genesi delle psicosi (1857). La psichiatria, che fino a lui non era costituita che dalla semiologia, tende d'allora in poi ad allargare il suo quadro; si volge verso una nosologia meno ristretta e più scientifica, e poco dopo, quando si vorranno poi costituire le varie entità morbose, non si avranno di mira soltanto i sintomi (comuni a tipi diversi), coi quali esse si manifestano, ma anche le cause che le determinano ed il decorso che seguono. [Si devono aggiungere due altri meriti capitali del Morel: egli è lo scopritore della epilessia larvata o psichica, il di cui concetto ha avuto tante e sì larghe applicazioni in psichiatria ed in psicologia forense; e oltre a ciò egli ha scoperte le leggi della degenerazione progressiva indotta dai tossici.

Vicino al sommo Morel, conviene ricordare un altro geniale alienista francese, il Moreau (di Tours) seniore. Egli accolse tosto il fecondissimo concetto della eziologia ereditaria dei diversi stati neuro- e psicopatici, li collegò con la eredità delle malattie organiche costituzionali, e, primo, applicò in modo completo la teoria della degenerazione, da lui designata (pura differenza di nome, non di sostanza) come " stato nervoso ereditario, idiosincrasico ", allo studio della natura del genio e della delinquenza. Il suo albero genealogico, edito fin dal 1859, comprende, infatti, in altrettanti rami staccantisi da un unico tronco le psicosi, la tendenza agli alcoolici, la prostituzione, la delinquenza, le eccentricità e anomalie dello spirito, il genio d'ogni sorta, la neurosi epilettica, l'isterica, le encefalo- e mielopatie: concetto, come si vede, ripreso ed allargato in tutti i particolari dal nostro Cesare Lombroso (E. Morselli)].

In questa rapida rassegna dei lavori [francesi], che segnano punti principali nella storia della psichiatria, bisogna anche ricordare la scoperta della localizzazione dell'afasia per opera di Broca (1861). Dimostrando che una funzione speciale ha per suo centro un punto perfettamente isolato e ben circoscritto, Broca aprì la via a nuove ricerche che, come è noto, illuminarono grandemente la fisiologia e la patologia del cervello.

Questi sono progressi notevolissimi, ma gli autori, che ad essi legarono il loro nome, non sono i soli che in questo secolo abbiano cooperato allo sviluppo della patologia mentale in Francia. È pur doveroso ricordare i bei nomi di Parchappe [per lo studio delle alterazioni macroscopiche cerebrali], di Ferrus [per la psicopatologia dei criminali o, come si dice ora, antropologia criminale], di Renaudin [per la gestione dei manicomi], di Delasiauve [per la epilessia, per la confusione mentale, ecc.], i lavori di Leuret sulla cura morale dell'alienazione, quelli di Félix Voisin sull'idiozia, di Moreau (di Tours) sulla psicologia patologica e sull'haschisch, di Trélat sulla follia lucida, di Marcé sulla follia delle donne incinte, ed infine gli studi di Fodéré, di Marc, di Legrand du Saulle [sulla psicologia forense (E. M.)].

Mentre in Francia gli alienisti, fedeli al metodo di osservazione, modificavano a poco a poco col lume dei nuovi fatti l'edifizio troppo semplice costruito da Pinel e da Esquirol, in Germania gli autori si lasciavano guidare specialmente da preconcetti teorici. Ivi predominavano le idee di Stahl per opera di Langermann, di Ideler e specialmente di Heinroth (1773-1843), i capi della cosidetta scuola *psicologica tedesca*. Secondo questo ultimo autore, la pazzia ripete la sua origine nella mancanza di moralità, la perdita della libertà costituisce il suo carattere principale, e l'attenersi alle verità della religione cristiana sarebbe il miglior mezzo profilattico. Queste idee grandemente intinte di metafisica non tardarono ad essere seguite da una reazione, ed i rappresentanti della *scuola somatica*, il Nasse, il Friedreich, il Jacobi, lo Shroeder van der Kolk (olandese), tentarono dimostrare che la pazzia, lungi dall'avere un fondamento

spirituale, è dovuta a lesioni organiche cerebrali o viscerali. Si giunse in tal modo ad esagerare il significato delle pazzie dette sintomatiche, il di cui numero sempre crescente provava almeno la sana tendenza a voler trovare l'origine di tutti i disturbi mentali in una lesione organica.

[Ma fu appunto in Germania, dove durante i primi decennii del secolo la Psichiatria si era insterilita in queste vane dispute fra vitalisti e organicisti, fra la scuola psicologica (in verità, più mistica e teologica che scientifica) e la scuola somatica, non meno esagerata della sua avversaria, che un giovane di genio, il quale ha lasciato poi orme indelebili in branche disparate della medicina, Guglielmo Griesinger, collegava la psichiatria alla medicina generale nel solo modo appropriato ai progressi delle scienze biologiche. Egli assimilava la patologia della mente, e perciò del cervello, a quella del midollo spinale, introduceva i fecondi concetti della psicologia positiva di Herbart nella analisi dei fenomeni morbosi della mente, mostrava (purtroppo esagerandoli) i rapporti storici fra i delirii sistematizzati e le fondamentali e primitive lesioni del sentimento, e per primo in Europa illustrava, alcuni anni dopo, dalla stessa cattedra le malattie mentali e le nervose. La sua opera e la sua azione possono paragonarsi soltanto a quelle di Morel: i loro due nomi compendiano le origini scientifiche della odierna psichiatria (E. Morselli)].

Durante questi ultimi trenta anni, in Germania ed altrove, la patologia mentale venne studiata con metodi sempre più rigorosi e più positivi. Egli è che con Griesinger, [Jessen, Flemming], Meynert, Westphal, [Samt, Gudden, ecc.] per non citare che i morti, essa aveva adottato il metodo delle scienze positive.

In Inghilterra, in America, nel Belgio, [in Italia], non si rimase estranei al movimento scientifico che in questo secolo condusse a meglio studiare e curare gli alienati. Le lezioni di Guislain (di Gand) sulle frenopatie levarono giustamente alto rumore (1797-1860): [esse sono, invero, pregievoli per la maniera pratica, semplice, con cui viene esposta la fenomenologia clinica della pazzia (E. M.)]. I progressi dovuti agli autori inglesi ed americani sono piuttosto di indole pratica che nosografica. Si è a Rush e specialmente a Gardiner Hill ed a Conolly che è dovuto il merito di aver preconizzato nella cura delle affezioni mentali il sistema del *no-restraint*, cioè la soppressione assoluta di tutti i mezzi meccanici di contenzione. [Rispetto alla parte scientifica della psichiatria, pregevolissimi contributi vennero dati dal Pritchard, dal Forbes-Winslow, dal Maudsley, quegli con la scoperta della pazzia morale, l'ultimo con la geniale applicazione delle dottrine fisiopsicologiche e associazionistiche alla patologia mentale.

I progressi dovuti agli autori italiani sono dapprima di indole clinico-psicologica: di poi mirano ad illuminare, e ne hanno il vanto originale, con le scienze antropologiche e sociali il problema complesso della pazzia nei suoi rapporti con le altre grandi perturbazioni della mente umana. Vero è che in Italia non si continuarono, purtroppo, durante i primi decennî del secolo le gloriose tradizioni del Chiarugi e del Daquin. La nostra Psichiatria non ha avuto per lungo tempo alcuna originalità, nè di metodo, nè di dottrina; ma prevalse, per fortuna, l'influenza francese, e in tal modo si diffusero e mantennero a lungo fra noi molte sane idee della scuola clinica di Esquirol, Calmeil, Georget e Morel. Questo è merito incontestabile di alcuni esimii alienisti, fra cui citerò, degli scomparsi, il Bellingeri di Torino per le indagini anatomo-patologiche, il Ferrarese di Napoli per la coltura psicologico-positiva, il Bonacossa di Torino per lo zelo addimostrato nel promovere misure legislative a favore dei pazzi, il Miraglia per la parte presa, sia pure secondo l'erronea

direzione frenologica, alla propagazione delle dottrine di fisiopsicologia cerebrale, lo Zani di Reggio Emilia ed il Castiglioni di Milano per la coraggiosa rinnovazione tecnica dei manicomii, il Livi di Siena, mio amato maestro, per le relazioni della patologia mentale con i problemi di diritto penale e civile. Non aggiungerò i nomi di tutti i viventi che onorano il nostro paese, poichè troppi dovrei citarne, essendo senza dubbio questa la branca della Medicina in cui la scienza italiana contemporanea ha dato i frutti più originali ed apprezzati. Ma nessuno mi accuserà se ricordo almeno i due precipui rappresentanti della scuola clinica milanese, Andrea Verga e Serafino Biffi, ai quali si deve la costituzione della patologia mentale a specialità medica in Italia, e se non chiudo questo elenco senza dare il dovuto omaggio a Cesare Lombroso, la cui superiorità, in onta alle discussioni che suscita l'immane e " titanico „ cumulo dei suoi lavori e delle sue dottrine, è riconosciuta ormai in tutto il mondo civile.

La parte veramente originale della Psichiatria italiana ha cominciato negli ultimi venticinque o trenta anni. Essa ha consistito nello studio completo della pellagra, la cui nosografia è opera quasi totalmente nostra; nella fusione dei dati biologici, antropologici e sociologici con quelli clinici per capire le malattie mentali; nella analisi profonda delle anomalie morali, fra cui principalissima la delinquenza; nella creazione di un nesso indissolubile fra le scienze giuridiche e politico-sociali e la psicologia patologica, donde due scienze affatto nuove, l'antropologia e la sociologia criminali; da ultimo, nella determinazione dei rapporti fra le fasi della ontogenesi fisio-psichica individuale e le varie forme nosografico-cliniche della pazzia. Contemporaneamente si debbono ad alienisti italiani molti importanti contributi sperimentali, clinici ed anatomo-patologici alla dottrina delle localizzazioni cerebrali; una estensione, forse in taluni punti esagerata ma pur sempre geniale, della dottrina moreliana dell'epilessia larvata o psichica; uno studio, non pareggiato in nessun altro paese, sulle stimmate somatiche della degenerazione. Dobbiamo anche dire che tutto il grande movimento effettuatosi in questi ultimi tempi nelle conoscenze sulla struttura del sistema nervoso è stato iniziato in Italia: il nome del vivente e per fortuna nostra ancor giovane Camillo Golgi va qui rammentato, per eccezione, a titolo di onore, tanto più che egli, prima di darsi all'istologia ed alla patologia generale, si era occupato di studii psichiatrici (E. Morselli)].

Se si paragona lo stato presente della scienza mentale a quello che era in sul principio del secolo, si vede che poche branche della patologia hanno fatto maggiori passi, non ostante l'oscurità e la confusione che ancora esistono in vari punti. Al presente, da per tutto, in Italia come in Germania, in Russia come in Inghilterra, in America come in Francia, si hanno alienisti di grande valore, i lavori dei quali sono giustamente tenuti in gran conto (*a*). Nella loro infelicità, gli alienati sono protetti da leggi umanitarie delle quali la francese del 1838, per non citarne altre, non è la meno buona (*b*); e gli Stabilimenti

---

(*a*) [Di tutti i paesi civili l'Italia è quella che ha dato il maggiore sviluppo alla cultura psichiatrica fra i medici, fondando in quasi ogni sua Università una clinica di Psichiatria e richiedendo l'esame obbligatorio di questa materia, laddove in Germania, ad esempio, i più reputati e competenti alienisti lottano da più anni inutilmente per ottenere sì fatta riforma degli studii. Le più antiche cliniche italiane di Psichiatria sono quelle di Firenze, di Torino e di Genova (E. M.)].

(*b*) [Purtroppo in Italia siamo sempre in attesa d'una legislazione per la tutela degli alienati e per la sistemazione amministrativa e tecnica dei Manicomii. Più volte fu promessa dal Governo, ne esistono varii progetti compilati anche con l'aiuto di uomini competenti, ma non giunsero mai alla tribuna parlamentare. E intanto vi è profonda disparità nel regime manicomiale e nella condizione

nei quali vengono ora ricoverati non ricordano affatto, nè per l'organizzazione, nè pel regime cui gli infermi vi vengono sottoposti, le carceri nelle quali questi venivano gettati prima della Rivoluzione (*a*).

Classificazione delle Psicosi. — La classificazione delle malattie mentali è tra quelle questioni intorno alle quali, oggi, è più difficile lo stabilire un accordo fra gli autori: ciascuno ha, per così dire, la sua, ed il dissenso non si riferisce soltanto ai particolari, ma tocca la base stessa che dovrebbe servire di fondamento ai raggruppamenti proposti. E così, a seconda delle epoche e delle tendenze, si fondarono queste classificazioni ora sulla sola sintomatologia (Esquirol, [Griesinger], Marcé, Clouston), ora su di una psicologia più o meno superficiale ([Bonucci, Girolami, Leidesdorf, Maudsley, Ziehen], Hammond), ora su di un'anatomia patologica ipotetica (A. Voisin, Luys, [Bonfigli]), o su di un'eziologia non ben sicura (Morel, [Skae, Ball]). Finalmente si tentò una classificazione nosologica, diretta, cioè, a fare delle specie naturali tenendo conto di un insieme di caratteri, cause, sintomi, decorso, ed anche, quando è possibile constatarle, delle lesioni (Magnan, Krafft-Ebing, Schüle, [Verga, Morselli, Kraepelin, Spitzka, Kowalewsky, Brandão, Scholz). Nè mancano i tentativi di distinguere le forme psicosiche in conformità della ontogenesi ed evoluzione della personalità e delle leggi psicofisiche (Kahlbaum, Arndt, Morselli, Mercier) (E. M.)].

Quest'intento è così difficile a raggiungersi che al Congresso [internazionale] di psichiatria tenutosi a Parigi nel 1889 non si riuscì a fare una classificazione che servisse pella statistica internazionale, se non la mercè di transazioni e scansando con arte qualsiasi idea dottrinale: i raggruppamenti proposti han più l'aria di un elenco che di una vera classificazione (*b*). [Ad

---

dei pazzi tra una regione e l'altra dello Stato. La stessa legislazione nostra penale includerebbe teoricamente l'istituzione dei Manicomii criminali, ma per ragioni finanziarie nulla si è fatto ancora di stabile, e si va avanti con misure dannosamente provvisorie (E. Morselli)].

(*a*) [I nostri Manicomii pubblici, che sono d'origine diversissima (ora vecchi ed ora nuovi, ora Opere pie autonome, ora sezioni di comuni Ospedali, in massima però Istituti provinciali o consorziali) son pure di valore tecnico diverso, e quelli che hanno più fama non sono forse i migliori. Ve n'ha, certo, dei buoni, se tali possono dirsi Stabilimenti per lo più troppo grandi, dove si agglomerano pazzi di tutte le specie, e dove gli alienisti lottano per poter effettuare qualche trattamento individuale degli ammalati; ma la maggioranza ha difetti gravissimi, nè i risultati curativi vi corrispondono alle immani spese sostenute dai Corpi morali. L'avvenire tecnico dei Manicomii, non solo in Italia ma ovunque, sta nella loro specificazione progressiva in Asili per vesanici acuti, per pazzi cronici, per paralitici, per epilettici, per idioti, per alcoolisti, ecc., e nella più completa autorità lasciata all'elemento scientifico.

Quanto alla profilassi sociale delle psicosi e neurosi, converrà che presto o tardi vi si arrivi se si vuole arrestare i progressi del deterioramento da cui sembrano incolte le razze più vecchie della umanità, quelle che hanno una storia civile. Dovranno essere emanate misure legislative per combattere la diffusione degli agenti tossici ed infettivi (alcool, veleni industriali, sifilide, ecc.), per ostacolare gli effetti della ferrea legge dell'eredità (proibizione dei matrimonii fra individui, massime se consanguinei, intinti di labe patologica, educazione fisica e psichica speciale ai degenerati, ecc.), e per rinvigorire il processo selettivo naturale delle popolazioni (abolizione della dote, ricerca della paternità, ecc. ecc.). Tutti debbono essere impensieriti del continuo incremento delle malattie nervose e mentali! (E. Morselli)].

(*b*) [Si deve però notare che le classificazioni discusse dai Congressi psichiatrici non pretendono ad avere valore scientifico: mirano soltanto ad unificare, ove sia possibile, le denominazioni delle varie forme di pazzia che debbono figurare sulle pubblicazioni ufficiali: sono, adunque, raggruppamenti statistici e niente altro. (Cfr. su questo argomento Ingels, in *Bull. de la Soc. méd. mentale*, Gand 1886). In Italia il prof. Andrea Verga fino dal 1874 propose a questo scopo un suo saggio di classificazione, che venne accolto con favore ed applicato di poi alle statistiche private ed ufficiali dei

ogni modo, crediamo utile di riferirla, affinchè si possa vedere su quali punti almeno, dietro proposta del dott. Giulio Morel, di Gand, si è effettuata una certa unanimità di vedute fra gli alienisti di diverso paese:

1. *Mania*, comprendendovi il *Delirio acuto;*
2. *Melancolia*, comprendendovi anche la *Demenza acuta* (!);
3. *Pazzia periodica;*
4. *Psicosi sistematica progressiva* (Paranoia);
5. *Demenza vesanica* (consecutiva):
6. *Demenza organica*, comprendendovi la *Demenza senile;*
7. *Paralisi generale progressiva;*
8. *Pazzie da neurosi* (isterismo, ipocondria, epilessia, ecc.);
9. *Pazzie tossiche* (alcoolismo);
10. *Pazzia morale ed impulsiva* (!);
11. *Imbecillità ed idiozia.* (E. M.)].

Manicomii. La distinzione delle forme vi è fatta col criterio più eclettico, ed il suo autore l'ha di anno in anno modificata in conformità delle nuove scoperte (per es. intorno alla pazzia morale, ed alla indole degenerativa della pazzia a doppia forma). Ma pur sempre vi si mantengono alcuni vecchi termini e concetti nosografici oggidì in contrasto coi progressi della patologia mentale: ad es. la " monomania „ che starebbe al posto della paranoia, la divisione ingiustificabile fra una " monomania intellettuale „ ed una " impulsiva „, il soverchio avvicinamento fra la " demenza primitiva „ e la consecutiva, di contro all'allontanamento erroneo di quella dalla " frenosi sensoria „ che corrisponderebbe alla vesania confusionale allucinatoria, la " frenosi puerperale „ elevata ad entità morbosa, ecc... Malgrado tanti difetti la classificazione del Verga ha prestato e presta utili servigi nella pratica giornaliera dei nostri Asili, ed è opportuno qui riportarla con la indicazione dei pazzi ricoverati alla fine di tre anni differenti in tutti i Manicomii del Regno d'Italia:

					Al 31 dic. 1877	Al 31 dic. 1888	Al 31 dic. 1891
FRENOPATIE E DELIRII CRONICI (Alienazioni mentali, pazzia)	CONGENITE o FRENASTENIE		Imbecillità		664	1285	1501
			Idiozia		479	593	643
			Cretinismo		38	59	70
			Pazzia morale		164	148	179
			Pazzia a doppia forma o circolare		166	280	289
	ACQUISITE O FRENOSI	*Frenosi semplici*	Mania	senza furore	1583	2486	2852
				con furore	1165	1193	1280
			Monomania	intellettuale	574	1121	1426
				impulsiva	286	245	224
			Melancolia	semplice	1581	2831	3253
				con stupore	415	440	456
			Demenza	primitiva	409	398	380
				consecutiva	3240	4419	4079
		Frenosi complicate	Frenosi sensoria		526	612	684
			" ipocondriaca		135	179	200
			" isterica		381	792	848
			" puerperale		115	180	242
			" epilettica		1014	1658	1784
			" alcoolica		359	723	771
			" pellagrosa		1348	1741	1948
			" paralitica		382	666	594
			" sifilitica		—	—	21
			" senile		140	242	282

Cfr. VERGA A., Proposta d'una classificaz. uniforme delle mal. mentali a scopo particolarmente statistico, *Atti del I° Congr. Fren. di Imola*, in *Arch. mal. nerv.*, **1874**, e ulteriori pubblicazioni statistiche dello stesso, già cit. nel capitolo della " Paralisi progressiva „ (E. MORSELLI)].

La maggior parte degli alienisti concordano nel riconoscere che nè la psicologia pura, nè l'anatomia patologica, nè l'eziologia possono da sole costituire la base di una classificazione naturale nè pratica. I gruppi creati sulla sintomatologia hanno il merito di essere veri; ma la patologia, bisogna ricordarsene, non può essere soltanto una semiologia. Sostanzialmente però, fra le classificazioni sintomatiche e le nosologiche accettate al presente dai varii autori, il disaccordo finisce col riguardare questioni particolari.

Quando si prendano a studiare i pazzi, si vede subito che alcuni si distinguono tanto dagli altri da costituire un primo gruppo: esso sarebbe composto degli individui colpiti da lesioni organiche del cervello (encefalite diffusa, e lesioni circoscritte di diversa natura). Vengono poi quelli, i cui disturbi cerebrali sono dovuti ad un'intossicazione ben definita; ad esempio gli alcoolisti. Gli ammalati affetti da neurosi (epilessia, corea, isterismo) costituiscono un terzo gruppo, che sarebbe ben delimitato se i sintomi mentali che in essi si osservano fossero sempre dovuti alla neurosi che accompagnano, e non costituissero, talora, semplici disturbi associati ad essa ma appartenenti alla categoria che ci resta a ricordare. Questo quarto gruppo è quello delle vesanie propriamente dette, ed è il solo di cui dovremo qui occuparci perchè la pazzia dovuta a lesioni organiche, la tossica, quella legata a neurosi, furono o saranno studiate colle malattie che le producono. Ma per l'appunto la suddivisione del gruppo vesanico è quella che si presta maggiormente alle discussioni. Noi adotteremo la seguente, riservandoci di giustificarla cammin facendo:

1° *Mania;*

2° *Melanconia;*

3° *Confusione mentale* [*Amenza* o *Vesania confusionale* (E. M.)];

4° *Delirio acuto*, che a noi sembra doversi ragionevolmente attaccare alla confusione mentale piuttosto che alla mania, e ciò contrariamente a quanto sostengono la maggior parte degli autori;

5° *Pazzia periodica* od *intermittente;*

6° *Delirio di persecuzione a sviluppo sistematico* [o *Paranoia tardiva sistematica*, che è il tipo completo delle psicosi paranoiche (E. M.)].

7° *Stato psicopatico e delirio* [o, meglio, *psicosi*] *dei degenerati.*

[Ma anche questa classificazione dell'A. altro non è che un breve elenco di forme troppo artifiziosamente raggruppate. Soprattutto il gruppo degli stati psicopatici e psicosici dei degenerati si vedrà più innanzi come sia multiplo e vario, sì da aver permesso ad altri autori di distinguervi un numero di forme poco men grande di quello delle vesanie non strettamente degenerative.

Una classificazione perfetta delle pazzie dovrebbe, a mio avviso, tener conto di un concetto fondamentale che io da più anni svolgo nel mio insegnamento e nei miei lavori: quello, cioè, che la pazzia è ora una anomalia o arresto di sviluppo della personalità, ed ora una affezione morbosa propriamente detta che colpisce una personalità normalmente costituita e sviluppata, la altera e la dissolve. Nel primo caso non si può parlare di " malattia ", se non in quanto riguarda l'ontogenesi delle funzioni mentali e, naturalmente, del loro substrato anatomico. Ed è chiaro che questa circostanza dà a tali forme un carattere particolare, che basterebbe da solo a distinguerle: l'assoluta compenetrazione dell'abnormità mentale nella stessa individualità fisio-psichica del soggetto. Di guisa che la Psichiatria riguarderebbe due classi diversissime di stati abnormi della mente: una classe di indole teratologica ed una di indole patologica; quella comprende tutti gli stati mentali ed i delirii da degenerazione, sia essa ereditaria, sia essa acquisita durante la fase formativa della

personalità (*Frenastenie* e *Parafrenie*); l'altra comprende le affezioni morbose della mente, contratte da una personalità che ha potuto raggiungere il suo completo sviluppo, e su cui, più della predisposizione ereditaria, per quanto spesso presente, agiscono i fattori morbigeni occasionali, le intossicazioni, le infezioni, le autointossicazioni, gli esaurimenti acuti e graduali (*Frenopatie* pr. dette). Volendo applicare alla Psichiatria una distinzione già opportunamente dal Möbius introdotta in Neuropatologia, ma trasportandola dalla eziologia allo sviluppo fisio-psichico della individualità personale, si potrebbero considerare per metafora gli stati psicopatici della prima classe come *endogeni*, quelli della seconda, invece, come *esogeni*.

Non è questo il luogo più opportuno per discutere i criterii nosografici della mia classificazione, e neppure per esporla quale la sono andata via via riformando durante gli ultimi anni: lo farò in un mio prossimo *Trattato clinico di Psichiatria* (*Anomalie e malattie mentali*). Osserverò soltanto che le prime tre forme qui descritte dal Ballet, la mania, la melanconia e la confusione mentale (comprendente anche lo stupore) sono le *Vesanie primitive tipiche* a base di perturbamenti funzionali, e senza difetto di intelligenza; la quarta, il delirio acuto, è il tipo delle *Cerebro-psicopatie da infezione* rapida, come la paralisi progressiva, esposta nel *Trattato* in capitolo a parte, lo sarebbe delle cerebro-psicopatie a infezione cronica; la quinta, o pazzia periodica, è la forma classica delle *Psicosi costituzionali*, le quali si svolgono sempre, checchè dica l'A., sul fondamento di una costituzione psicopatica; la sesta, o paranoia tardiva, come è qui intesa nel senso voluto dal Magnan, è soltanto una varietà dell'ancora complesso gruppo delle paranoie, ed è verosimilmente legata a una condizione degenerativa costituzionale, come dicono anche Schüle, Krafft-Ebing, Kraepelin; infine, la settima rubrica dello schema troppo semplicista di Ballet è per la maggior parte degli autori una classe intera di stati psicopatici e di psicosi, che io designo col nome di *Parafrenie*.

In questa edizione italiana vennero da me raggruppate le forme descritte nell'originale sotto gli ora accennati quattro capi principali: di più, onde rendere l'opera più conforme alle idee accettate nelle scuole psichiatriche nostrane più reputate, ho preferito, dove ciò mi parve utile o possibile senza indurre dannosi equivoci, di sostituire sempre denominazioni *nosologiche* a quelle puramente *sintomatiche* usate, forse con soverchio empirismo clinico, dall'autore francese (E. Morselli)].

Bibliografia generale. — Noi vogliamo dire, una volta per sempre, la norma che ci ha guidati nello scegliere le indicazioni bibliografiche che il lettore troverà, sia nel testo, sia alla fine di ciascun capitolo. Nel testo noi abbiamo ricordato i lavori e le Memorie attinentisi a qualche particolare delle questioni ivi svolte; in appendice dei capitoli abbiamo citato le principali opere ed i lavori più importanti, nei quali il lettore potrà cercare uno studio più elaborato dell'argomento e la bibliografia più dettagliata e completa. [Chiarugi V., *Della pazzia in gen. ed in ispecie, trattato medico-analitico*, vol. tre in-8°, Firenze 1793-94, I^a traduz. ted., Lipsia 1795, II^a ediz. ital., Torino 1808. — Daquin, *Philosophie de la folie*, I^a ediz., Chambéry 1791; II^a, Parigi 1804. — Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Parigi 1808 (E. M.)]. — Esquirol, Des maladies mentales, 2 vol., Paris 1838. — Parchappe, Traité théorique et pratique de la folie, Paris 1841. — Calmeil, De la folie sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, 2 vol., Paris 1845. — Guislain, Traité de l'aliénation mentale et des asiles des aliénés, Amsterdam 1826; Leçons orales sur les phrénopathies, 3 vol., Gand 1852. [La terza edizione del 1880 è in gran parte rifatta dallo Ingels. — Griesinger, *Lehrb. der psychischen Krankheiten*, I^a ediz., 1845; II^a ediz., 1862 (E. M.)]. — Spillmann, Diagnostik der Geisteskrankheiten, Prague 1855. — B. A. Morel, [*Études clin. s. les mal. mentales*, 2 vol., Nancy 1852; *Traité des dégénérescences phys., intell. et mor. de l'espèce humaine*, Parigi 1859, con atl. (opera monumentale, poichè da essa prende le mosse la grande dottrina odierna, biologica e psicologica a un tempo, della degenerazione (E. M.)], Traité

des maladies mentales, Paris [1859]. — Neumann, Lehrbuch der Psychiatrie, Erlangen 1860. — Marcé, Traité pratique des maladies mentales, Paris 1862. — Leidesdorf, Lehrbuch der psychischen Krankheiten, Erlangen 1865 [Trad. ital., Torino 1878]. — A. Foville, Articolo " Folie „ nel *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris 1872. — Griesinger, Traité des maladies mentales. Trad. franc. di Doumic-Baillarger, Paris 1873. — Dagonet, Nouveau Traité des maladies mentales. Paris [II^a ediz., 1876]. — Cotard, Articolo " Folie „ nel *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris 1877. — Emminghaus, Allgemeine Psychopathologie, Lipsia 1878. — Bucknill e H. Tuke, A manual of psychological medicine, Londra 1879 [III^a ed.]. — J. Luys, Traité clinique et pratique des maladies mentales, Paris 1881. — B. Ball ed A. Ritti, Articolo " Délire „ nel *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris 1882. — Mausdley [*Physiology and Pathol. of the Mind*, I^a ediz., Londra 1865], La Pathologie de l'esprit, Traduz. francese di Germont, Paris 1883. [*Pathology of the Mind*, IV^a ediz. della opera in inglese, Londra 1895]. — Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie, Lipsia 1883. — Neumann, Leitfaden der Psychiatrie, Breslavia 1883. — Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, Stuttgart 1883-1890. [La prima ediz. è del 1879-80; ne è uscita una V^a ediz. compl. rif. nel 1893; la II^a è tradotta in italiano per cura dei dottori Amadei e Tonnini, Torino, Bocca, 1885-86 (E. M.)]. — B. Ball, Leçons sur les maladies ment., Paris 1883. — W. A. Hammond, A treatise on insanity, Londra 1883. [Anche *Trattato Mal. nerv.*, Napoli, Detken, s. d.]. — Morselli, Manuale di semejotica delle malattie mentali, Guida alla diagnosi della pazzia, Milano, F. Vallardi, in due vol. di cui il primo è del 1885, il secondo del 1895. — Clouston, Clinical lectures on mental diseases, Londra 1887. — Kraepelin, Psychiatrie, Lipsia 1887. [Una IV^a ediz. completa rifatta è uscita nel 1893; la I^a ediz. è tradotta in ital. dal dott. Bonfigli, Milano, L. Vallardi, 1886]. — Schüle [*Hdbch. d. Geisteskrankheiten*, nello *Ziemssen's Hdbch*, I^a ediz., 1877, II^a 1880; la III^a che porta il titolo di *Klinische Psychiatrie*, 1885, è stata tradotta in italiano dal Dr. Andriani, Napoli, 1890, ed è divenuta il (E. M.)] Traité clinique des maladies mentales, Traduzione francese di J. Dagonet e Duhamel, Paris 1888. — Bevan-Lewis, A text-book of mental diseases, Londra 1889. — [Meynert Th., *Klin. Vorles. üb. Psychiatrie*, 1890-92, trad. in ital., Milano, F. Vallardi; *Psychiatrie, Klinik d. Erkrankungen d. Vorderhirns*, 1884, trad. in lingua francese, Bruxelles 1888 (E. M.)]. — A. Cullerre, Traité pratique des maladies mentales, Paris 1890. — E. Régis, Manuel pratique de médecine mentale, 2^a edizione, Paris 1892. — Spitzka, Insanity, its classification, diagnosis and treatment, New-York 1892. — Hack Tuke, A dictionnary of psychological medicine, 2 vol., Londra 1892. — [Levinstein-Schlegel, *Pathol. und Therapie der psychischen Krankheiten* (è una pretesa 5^a ediz. del classico trattato di Griesinger: in realtà è un'opera compilata totalmente ex novo), Berlino 1892. — Salgò, *Comp. d. Psychiatrie*, Vienna 1889. — Mercier, *Sanity and Insanity*, Londra 1890. — Scholz, *Lehrb. d. Irrenheilkunde*, Lipsia 1892. — Shaw, *Epitome of mental disease*, 1892. — Solivetti A., *Lezioni di Clinica psichiatrica*, Roma 1892-93 (E. M.)]. — Kirchhoff, Lehrbuch der Psychiatrie, Lipsia 1892. — P. Sollier, Guide pratique des maladies mentales, Paris 1893. — [Ziehen, *Psychiatrie*, Berlino 1894. — Dagonet, *Traité des maladies mentales*, in collaboraz. con Dagonet J. e Duhamel, Parigi 1894. — Sommer, *Diagnostik d. Geisteskrankheiten*, Vienna e Lipsia 1894. — Si possono pur anche consultare con profitto gli articoli speciali di psicopatologia inseriti nel " Dict. encyclop. „ di Dechambre, nel " Nouveau Dict. „ di Jaccoud, nella " Real-Encyclopaedie „ di Eulenburg, e nella italiana " Enciclopedia medica „, edita dal Vallardi (E. M.)].

[A. VESANIE TIPICHE PRIMITIVE

(Affezioni del cervello completamente sviluppato e sano, con cangiamento morboso o alterazione acquisita della personalità) (E. M.)].

[I.]

MANIA

Sinonimia: Francese, *Manie;* Inglese, *Mania;* Tedesco, *Manie, Tobsucht* [(in parte); *Furor*, Latino; Iperfrenia (Guislain); Mania acuta (Varii autori); Mania con e senza furore (A. Verga); Mania semplice e grave (Schüle, Morselli, Kirchhoff, Kraepelin, ecc.); Mania tranquilla e furibonda (Kowalewsky); Vesania typica legitima vera, stadium maniacale (Arndt): Ipertimia (Levinstein-Schlegel (E. M.)] (*a*).

Definizione. — La parola *mania* può avere due significati: *sintomatologico* e *nosologico.*

Considerata nel primo, essa è caratterizzata, come diceva Baillarger, " da una sovraeccitazione generale e permanente delle facoltà intellettuali e morali " (1). Essa consiste in un delirio *generalizzato* con impossibilità di fissare l'attenzione, con incoerenza apparente delle idee, con bisogno tumultuoso di movimento e con tendenza ad impulsi violenti.

Questa sindrome si osserva in condizioni cliniche molto diverse: in sul principio e nel decorso della paralisi generale progressiva, nella pazzia intermittente semplice, in quella a doppia forma o circolare, nei degenerati, in certi alcoolisti in preda ad illusioni o ad allucinazioni, nelle nevrosi, specialmente nell'epilessia. Trattando di queste varie affezioni, parleremo degli accessi di mania *sintomatica* che in esse si osservano.

Ma oltre ai casi di mania che debbono con certezza riferirsi all'una o all'altra delle affezioni mentali suddette, ve ne hanno di quelli che si manifestano isolati. In tali casi potremmo dire di avere a che fare con una forma di mania *essenziale*, se questo termine non fosse per parecchie ragioni ingiusto e non dovesse essere radiato dalla nostra nomenclatura.

La mania costituisce in tal caso una psicosi autonoma, caratterizzata da un accesso di stato maniaco che ha la durata di poche settimane o di più mesi, che talvolta recidiva e passa a cronicismo. Questa è la mania *idiopatica* che

(*a*) [L'A. mette nel testo *pazzia* come sinonimo italiano di *mania:* è uno dei soliti errori dei francesi ogniqualvolta parlano o scrivono delle cose nostre (E. M.)].

(1) Questa definizione può soddisfare soltanto dal punto esclusivamente tecnico. Però, Conolly Norman (*Dictionnary of psychological medicine*, Londra 1892) osserva a ragione che, dal punto di vista psicologico, essa è inesatta. Di fatto, le facoltà più elevate della vita mentale, il giudizio nella sfera intellettuale, l'attitudine a regolare i proprii sentimenti nella sfera morale, sono le più colpite nella mania. Sono le facoltà di ordine inferiore quelle che si addimostrano esaltate: donde la caratteristica perdita della facoltà di controllo e lo stato emotivo instabile, con un'estrema mobilità della immaginazione.

alcuni autori tedeschi (Schüle, Krafft-Ebing) classificano fra le " PSICO-NEUROSI „ [ed altri pur tedeschi o inglesi (Ziehen, Maudsley, ecc.) pongono fra le PSICOSI SEMPLICI AFFETTIVE (E. M.)].

Probabilmente questa forma di psicosi è destinata a scomparire dal quadro nosologico: difatti, quanto più la patologia mentale va facendo progressi, tanto più il campo della mania va restringendosi. La scoperta della paralisi generale, ma specialmente quella degli stati di degenerazione mentale, [quella del delirio acuto, della pazzia confusionale allucinatoria esaltata, degli stati epilettoidi (E. M.)] ne separarono molti casi che prima si riferivano alla mania. Tutto induce a credere che questo lavorìo di dissociazione [o di differenziamento] di un gruppo ben definito sotto l'aspetto sintomatologico, ma patogeneticamente mal caratterizzato, ci farà riferire a stati morbosi ben chiariti quanto ancor ci resta del gruppo vesanico " mania „. [Che anzi vi è chi sostiene già un'idea ancor più avanzata, che cioè la mania e la melancolia, non potendo essere diversificate per la patogenesi, nè essendo certamente dovute l'una ad iperemia e l'altra ad ischemia corticale, come a prima vista parrebbe e come in alcune classificazioni psichiatriche imaginose (Luys, Voisin, ecc.) è dichiarato senza fondamento, siano invece stadii di una sola unica vesania: in tal caso la sintomatologia, cioè l'apparenza esterna così differente dei due stati psicopatici, l'esaltato e il depresso, dipenderebbe dalla reazione particolare dell'organismo individuale, e dalla maggiore o minore lunghezza relativa delle fasi di un solo ed unico processo morboso (*a*) (E. MORSELLI)].

Checchè ne sia, allo stato presente delle nostre cognizioni siamo ancora obbligati a descrivere una mania *idiopatica*, alla quale appartengono tutti i casi che non rientrano nell'una o nell'altra delle categorie delle quali abbiamo già detto e che tratteremo di poi.

Storia. — La mania, considerata per lo meno quale sindrome, è di tutte le affezioni mentali la più anticamente conosciuta. Non era ignota ad Ippocrate, e sappiamo che Areteo e, molto più tardi, Willis ebbero ad osservarla ed a descriverla. Nella classificazione molto semplice di Pinel e di Esquirol essa figura in prima linea. Ma la descrizione di questi autori, puramente sintomatica, confonde insieme l'entità mania, quale l'intendiamo al giorno d'oggi, e le manie secondarie che poi se ne sono separate. Questo lavorìo di separazione non fu facile, e molte descrizioni, anche recenti, conservano pur ora le traccie dell'antica confusione. Poichè se si distinguono accuratamente dalla mania idiopatica gli stati maniaci che si osservano nella paralisi generale o nell'epilessia, lo stesso non avviene pella mania sintomatica della pazzia intermittente o degli stati degenerativi. Ciò dipende senza dubbio, da una parte, perchè gli alienisti non sono unanimi a riguardo dell'autonomia di queste ultime forme morbose, ed anche perchè in clinica la distinzione fra gli accessi di mania che da esse dipendono e la mania semplice non è sempre facile. Checchè ne sia, possiamo affermare che i progressi fatti nella descrizione della mania consistono specialmente nella suddivisione di questo gruppo: di mano in mano che studieremo le affezioni che se ne disgiunsero, ricorderemo i lavori che determinarono codesto progresso.

(*a*) Cfr. KAHLBAUM, Die Gruppirung der psych. Krankheiten, Danzig 1863, " *Vesania typica* „; — ARNDT, Lehrbuch für Psychiatrie, 1883, cap. XIII e XV; — LEVINSTEIN-SCHLEGEL, Pathol. u. Ther. già cit., p. 429, " *Allgemeine paraphrenie* „. La prima idea di questa unificazione risale a ZELLER, *Medizin. Correspondenzblatt*, 1849 (E. M.).

Frequenza. — Le statistiche fatte dai varii autori riguardanti la frequenza della mania sono molto disparate. In sul principio del secolo si riteneva questa affezione come comunissima; Pinel la diceva la più frequente delle affezioni mentali: secondo i dati raccolti alla Salpêtrière dal 1801 al 1805, egli trovò 60 maniaci su 100 alienati. Esquirol, in una statistica fatta a Charenton, scese al 35 per 100; Calmeil, in condizioni analoghe, trovò il 25 per 100. Marcé, alla Salpêtrière ed a Bicêtre non trovò più che il 14 per 100, e, nel 1872, A. Foville, a Charenton, il 7 per 100. Clouston (1), su di un totale di 1778 ammalati entrati in 5 anni nell'Ospizio reale di Edimburgo, osservò 996 casi di mania, cioè un po' più del 50 per 100! Se le cifre sono così variabili, la causa è senza dubbio riposta in ciò che il numero degli uomini e quello delle donne compreso nelle varie statistiche è alquanto diverso; ora noi sappiamo che la mania colpisce di preferenza la donna. D'altra parte, è noto che tutte queste statistiche non prendono le mosse dallo stesso punto. Possiamo credere, ad esempio, che Pinel ed Esquirol considerarono come mania molti casi di paralisi generale o di degenerazione mentale, affezioni poco note ai tempi loro. L'essersi sempre più ristretto il campo della mania idiopatica è senza dubbio il motivo della diminuzione delle cifre che ne indicherebbero la frequenza. Il dottor Garnier (2), su 8139 alienati che entrarono in tre anni (1886-87-88) nell'infermeria speciale della Prefettura [*Dépôt*, una specie di annesso alla Questura di Parigi, ove si raccolgono gli ubbriachi e i pazzi dalla pubblica via (E. M.)], non osservò che 531 casi di mania, cioè poco più del 6 per 100. Siamo quindi ben lungi dalle cifre di Pinel. Anzi, siamo ancora in diritto di credere che quelle date da Garnier siano troppo grandi, pella ragione che gli ammalati non si fermano nell'infermeria speciale suindicata, e quindi non sempre è possibile una diagnosi esatta; [di più, si tratta di pazzi ricoverati d'urgenza perchè turbolenti (E. M.)]: per tal modo si è forse potuto mettere in conto del numero totale dei casi di mania un certo numero di quelli che un esame ulteriore avrebbe poi fatto considerare come appartenenti alla paralisi generale od alla degenerazione mentale. Il fatto si è, ove ci si voglia attenere alle nostre osservazioni fatte nell'asilo [dipartimentale] di Sant'Anna [in Parigi] che la mania è un'affezione abbastanza rara.

[In Italia la mania, stando alle cifre raccolte dal Verga (*a*), sarebbe, invece, abbastanza frequente; ma ciò deve dipendere dai fattori etnici e sociali, tanto è vero che quanto più si scende nel mezzodì del Regno si vede aumentare la proporzione dei maniaci fra i pazzi ricoverati nei Manicomii. Per quanto poco o, almeno, relativo valore possano avere statistiche probabilmente compilate con criterii scientifici diversi, e rese, nel caso nostro, ancora più dubbie dalla classificazione specialmente eziologica adottata, dove hanno incerta estensione molte psicosi complicate o secondarie (frenosi isterica, puerperale, alcoolica, pellagrosa, ecc.), tuttavia credo utile dare le cifre proporzionali dei maniaci su 100 ricoverati esistenti nei Manicomii italiani in quattro anni diversi:

		Uomini	Donne
Al 31 dicembre 1877	Mania semplice	11, 20	9, 52
	» furiosa	7, 03	8, 40

(1) Clouston, Clinical Lectures on mental diseases. Londra 1887, pag. 204.

(2) Garnier, La Folie à Paris, J.-B. Baillière, 1890.

(*a*) Verga A., loc. cit. Si raffrontino le cifre assolute delle varie malattie mentali date nel prospetto della nota a pag. 78 (E. M.).

		Uomini	Donne
Al 31 dicembre 1883	Mania semplice	11, 16	10, 76
	» furiosa	5, 54	7, 14
» » 1888	Mania semplice	11, 03	11, 15
	» furiosa	4, 41	6, 35
» » 1891	Mania semplice	9, 42	10, 62
	» furiosa	4, 74	6, 22

Queste cifre mostrano come la mania sia davvero alquanto più frequente nel sesso femminile, non però nella proporzione voluta da alcuni trattatisti. Altra nota confortante è quella della diminuzione progressiva dei casi di mania furiosa, la quale, certo " dipende da ciò che il furore (come argutamente scrive il senatore Verga) è la collera dei matti „ e va sempre più sparendo dacchè nei manicomii si sostituì la pazienza e la dolcezza al rigore.

Riguardo alla distribuzione geografica della mania, ripeto ancora che le statistiche comparative fra regioni e Stati diversi, sulle varie forme di pazzia, debbono accogliersi con prudenza. Le differenze numeriche, che sono talvolta molto grandi, debbono in buona parte attribuirsi a diversità di criterii nosografici. Per esempio, in Inghilterra si avrebbe la proporzione del 49 $^0/_0$ di maniaci sui pazzi censiti nei manicomii alla fine del 1887 (uomini 46; donne 52 $^0/_0$). In America su 966 alienati di razza colorata ammessi dal 1855 al 1889 nel Manicomio di Washington ve ne sarebbero stati 514 affetti da mania acuta o cronica (56 $^0/_0$), 93 da melancolia (10 $^0/_0$), 50 da epilessia, e solo 38 da paralisi. A Parigi, invece, secondo Garnier su 8139 ammissioni del 1886-88 si contarono 531 maniaci, 688 melancolici, 999 paralitici, 1465 degenerati, 2189 alcoolisti: per la mania e la melancolia il rapporto sarebbe, dunque, del 6 e 8 $^0/_0$. E lascio altri esempii facili a spigolare nelle pubblicazioni ufficiali ed ufficiose. Ciò premesso, dirò che, almeno a giudicarne dalle statistiche italiane, la mania sarebbe più frequente fra i pazzi del mezzogiorno: ed ecco come, al 31 dicembre 1880:

Massimi	Sicilia	29, 49 $^0/_0$	Minimi	Toscana	5, 58 $^0/_0$
	Napoletano	18, 83 »		Veneto	8, 21 »
	Roma	17, 07 »		Lombardia	11, 02 »
	Liguria	14, 98 »		Piemonte	13, 17 »

(E. Morselli)].

Eziologia. — La mania si osserva specialmente nell'*età* adolescente e nell'adulta. Di tutte le affezioni mentali, essa è quella che è più frequente ad osservarsi prima dei 20 anni. Il massimo della frequenza si ha tra i 20 e i 30; dopo i 30 essa si fa meno frequente, e dopo i 50 diviene rara addirittura.

Colpisce più spesso le *donne* che gli uomini. Fu sostenuto il fatto contrario, ma ciò in un'epoca, nella quale la paralisi generale era ancor poco conosciuta e si classificavano nella mania casi dovuti ad encefalite diffusa.

Gli accessi scoppiano generalmente in *primavera* ed in estate, piuttosto che nell'inverno e nell'autunno. [Questa influenza degli agenti cosmici, e soprattutto dei rialzi di temperatura, sull'eccitabilità cerebrale, è pur dimostrata dalle statistiche dei delitti e dei suicidii (*a*) (E. M.)].

(*a*) Cfr. Lombroso, Pensiero e meteore; *Bibl. scient. internaz.*, Milano 1878, con Appendice di Tamburini, pag. 195-212; — Morselli, Il Suicidio. Saggio di Statistica morale comparata; *Biblioteca scient. internaz.*, 1879, pagg. 103-153 (E. M.).

L'*eredità neuropatica* è la condizione predisponente per eccellenza alla malattia. Non occorre dire che non intendiamo parlare di quei casi in cui la ereditarietà morbosa si è trasmessa ai discendenti sotto forma di degenerazione mentale. La predisposizione cui qui alludiamo è quella neuropatica in potenza [o, meglio, in latenza (E. M.)], che non si manifesta, come nei degenerati, con uno stato permanente di debolezza o di squilibrio mentale, ma con una maggiore vulnerabilità del sistema nervoso per tutte le cause occasionali. [Dati accuratissimi da me raccolti nel Manicomio di Macerata, quando ne tenevo la direzione, mi fornirono la proporzione di 39,47 % ereditarii su 100 maniaci: Grainger-Stewart trovò il 51 %, l'Esquirol solo il 25 % (E. M.)].

Le cause sono di varia specie. Prima di tutto, vi figurano le *influenze morali:* i dispiaceri, le impressioni dolorose, le disillusioni di ogni natura. Vengono poi lo strapazzo, gli *eccessi*, specialmente alcoolici e venerei, il lavoro cerebrale eccessivo. L'*insolazione*, i traumi al capo vogliono anch'essere considerati quali causa della mania. La si vide manifestarsi in seguito o durante la convalescenza di *malattie acute* (tifoide, reumatismo articolare, risipela del capo, [vajuolo, grippe]), per influenza di cause patologiche di indebolimento o di anemia, specialmente dopo grandi perdite di sangue, sia spontanee, sia per salassi ripetuti o per applicazione di sanguisughe.

Frequentemente scoppia nel *puerperio*, durante la gravidanza o, più spesso ancora, dopo il parto e durante l'allattamento. Anche gli aborti e le *emorragie mestruali* debbono ritenersi quali cause coefficienti.

Sintomatologia. — A. **Prodromi.** — L'accesso maniaco può manifestarsi *improvvisamente* in conseguenza di un eccesso qualunque, di una emozione violenta, di un impeto d'ira, di un colpo di sole, ma questo è il caso più raro.

Ordinariamente l'accesso è preceduto da *prodromi* della durata di qualche giorno a qualche settimana. Già Areteo aveva notato che la mania è spesso preceduta da un periodo di melancolia, e Guislain è ritornato su questo fatto (*a*). Invero, la malattia comincia per lo più con una depressione di umore, [del tono sentimentale], con un cambiamento del carattere, con un senso indefinito di malessere, con tristezza, con inettitudine al lavoro e, spesso, con *insonnio* (*b*). Di poi, l'ammalato diventa impaziente, irritabile, risponde arrogantemente a quanto gli si chiede, parla prolisso, i suoi gesti diventano disordinati, lo sguardo mobile e diverso dal normale: finalmente egli entra in pieno accesso maniaco.

B. **Quadro del maniaco.** — Il maniaco corrisponde al tipo della pazzia quale generalmente se lo immaginano i profani. È il folle agitato, incoerente,

(*a*) [È in considerazione del quasi immancabile " stadio melancolico „ che Kahlbaum ed Arndt riguardano la " mania „ e la " melancolia „ come fasi di un unico processo, cui essi dànno il nome di *vesania typica legitima.* Ecco come si seguirebbero i diversi stati psicosici in un caso " tipo „ di pazzia generale completa: 1° *stadium melancholicum;* 2° *stadium maniacale;* 3° *stadium perturbationis* (cioè di mania con furore, o " Tobsucht „ che può essere sostituito anche da confusione mentale allucinatoria, o " Wahnsinn); 4° *stadium attonitatis, sive stuporosum* (non raramente di natura catatonica o, per lo meno, con fenomeni catalettiformi); 5° *stadium dementiae, sive terminale* (Cfr. anche Levinstein-Schlegel, op. cit., pagg. 429-464). È indubitabile che questo concetto unitario si contraddistingue per la sua originalità dalle solite nosografie sintomatologiche che tutti accolgono senza discussione, forse per sfuggire allo sforzo di meditare a lungo sui casi clinici. Più cresce la mia esperienza, e più veggo la profondità ed il valore delle vedute di Kahlbaum, che forse ha anticipato di molti anni i futuri progressi della Patologia mentale (E. Morselli)].

(*b*) [Cfr. Werner, Ueb. frühzeitige Symptome geistiger Störungen; *Berl. klin. Woch.*, 1894, n. 22 (E. M.)].

violento, talvolta furioso. Nelle sale dei manicomii esso si distingue agevolmente e ad una prima occhiata in mezzo agli altri ammalati. Se lo si osserva a distanza, lo si vede abbandonarsi ad atti disordinati, agitarsi in tutti i modi, sì da obbligare a sorvegliarlo costantemente, ad isolarlo ed a contenerlo [vuoi mediante infermieri, vuoi purtroppo anche mediante mezzi meccanici (E. M.)]. La fisionomia essenzialmente mobile assume, da un momento all'altro, le più svariate espressioni: talvolta è rossa ed accesa, tal'altra pallida ed anemica; gli occhi or sono fissi e penetranti, ora mobili e smarriti; i tratti mimici del volto esprimono, l'uno dopo l'altro, i sentimenti più svariati e più opposti, la gioia, l'ironia, la tristezza, la collera. L'ammalato è prolisso nel parlare, grida, urla, vocifera; il suo linguaggio è incoerente e senza scopo; il corpo, pel grande agitarsi, si copre spesso di sudore. Si hanno alternative di calma relativa e di eccitazione violenta provocata dalle più leggere impressioni.

C. **Analisi dei sintomi.** — Nei maniaci, come in molti altri alienati, il *disturbo mentale* costituisce il sintomo predominante, ma non l'unica manifestazione della malattia. Le varie funzioni dell'organismo possono essere anche esse alterate in vario grado, e sarà bene passarle in rassegna.

1° Disturbo mentale. — α) *Disturbo dell'attenzione.* — È noto che l'attenzione consiste nell'attitudine della mente a fissarsi su di un'impressione o su di un'idea. Quando siamo attenti a qualche cosa, cadiamo in uno stato passeggero di *monoideismo* (1). " Essa presuppone, dice Ribot, l'esistenza di una idea predominante (*maîtresse*) che attrae a sè quanto le si riferisce, e null'altro, non permettendo le associazioni delle idee che in limiti assai ristretti ed alla condizione che tutte convergano verso lo stesso punto. Essa assorbe, per quanto le è possibile, tutta l'attività cerebrale „. Nella vita psichica normale l'attenzione è sempre in giuoco: l'esecuzione di un movimento tendente ad uno scopo, e per ciò voluto, la risposta ad un quesito, il discernimento e la percezione delle sensazioni presuppongono altrettanti fenomeni dell'attenzione, di durata più o meno lunga, ma sempre di una certa durata. Ora, questa facoltà di concentrazione e di *arresto* momentaneo del pensiero su di una sensazione od idea manca nel maniaco. Questa mancanza di attenzione [*aprosessia*, nei gradi alti; *ipoprosessia* nei lievi (E. M.)] costituisce, senza dubbio, un fatto secondario dovuto alla sovra-attività del lavorìo cerebrale in questi ammalati e specialmente dell'associazione delle sensazioni e delle idee; ma è il disturbo elementare, dal quale sembra derivino tutti gli altri. Il maniaco è incapace di rimanere per un momento indifferente alle impressioni che lo colpiscono, fermandosi su di una sola: egli è pure incapace di arrestare l'associazione delle idee per fissare la sua attenzione su una delle tante che nascono nel suo cervello. E questo è il motivo, pel quale le reazioni provocate da un'impressione sensoriale o da un'altra qualunque sono ben presto sostituite da reazioni differenti ed anche contradittorie provocate da altre impressioni succedentisi alle prime; ed ecco perchè le dimande dell'interpellante non vengono comprese nel loro senso o perchè l'ammalato *non ha il tempo* di rispondervi come conviene, essendo la sua mente troppo rapidamente distratta.

Ciò non pertanto, succede soltanto in via eccezionale che tale disturbo sia così grave da non potere, in dati momenti, con una domanda improvvisa,

(1) Ribot, Psychologie de l'attention, Parigi 1889, F. Alcan. [Cfr. Morselli, Manuale di Semejotica, II, pp. 733 e segg.].

fissare l'attenzione dell'ammalato. [Applicando i metodi psicometrici (Obersteiner, Buccola, Bevan Lewis, Tanzi, Algeri e Tambroni, Maria Walitzcki, ecc.) si può apprezzare assai meglio il potere di attenzione: e giustamente il Buccola designò la durata del tempo psichico di reazione come " il dinamometro dell'attenzione „ (*a*). Ora dalle indagini fin qui fatte sui pazzi risulta: 1° che le serie psicometriche dei maniaci ed esaltati offrono oscillazioni maggiori che nei sani (disattenzione, debole resistenza cerebrale, ecc.); 2° che il limite di variabilità è aumentato in tutti i pazzi, massime per la reazione a stimoli visivi; 3° che la durata della reazione semplice è dapprincipio normale, non mai diminuita, in onta all'apparente acutezza dei poteri mentali negli ipomaniaci; 4° che la durata della reazione di discernimento con scelta è sempre aumentata: quanto più si prolunga l'agitazione, tanto più cresce il tempo che si richiede al cervello per compiere un dato atto di scelta; dunque il potere di inibizione va diminuendo in proporzione ai progressi ed al grado dell'affezione; 5° che il tempo di reazione percettiva è nei maniaci e nei paralitici doppio o triplo di quello dei pazzi, e ciò spiega perchè nell'eccitamento della mania siano tanto frequenti e facili le illusioni, richiedendo in tale stato la percezione un tempo più lungo per compiersi regolarmente con la esatta ricognizione della impressione senziente; 6° che le allucinazioni nella mania allungano il tempo fisiologico; 7° che nella mania, anzichè energia e vivacità del processo percettivo, si trova deficienza dell'appercettivo, richiedendosi, a mo' di esempio, un tempo sempre più lungo per l'apprezzamento subbiettivo corretto della localizzazione di due contatti simultanei nell'estesiometria tattile (E. Morselli)].

β) *Associazione delle idee.* — L'impossibilità nella quale è il maniaco di *fissare* il suo pensiero, ha per corollario una facilità ed una rapidità esagerata dell'associazione delle idee. In lui succede qualche cosa di analogo, benchè in grado notevolmente minore, a quanto avviene nel sogno, nel quale, come si sa, i pensieri si susseguono e si collegano l'uno coll'altro con una volubilità sorprendente. La prima conseguenza di questo fatto si è l'*incoerenza del pensiero.* Quando si dice " pensiero coerente „, si intende un collegamento regolare, metodico, logico delle idee. Ora questo collegamento, nel maniaco, diventa ben presto dapprima difficile, poi impossibile. Quando non si ha che un leggero grado di eccitazione, nelle forme leggere o nel primo stadio delle forme più gravi, le idee, benchè si associno con una rapidità anormale, pure non hanno interrotto del tutto il loro legame logico. Esiste una certa continuità nei pensieri che si succedono con una vivacità insolita, così che l'esaltamento intellettuale si rivela con una maggiore attività delle operazioni cerebrali, molto simile a quanto succede nel primo grado dell'ebbrezza alcoolica. Questo stato potrebbe trarre in inganno un osservatore non prevenuto e far credere viva e brillante un'intelligenza in verità ammalata. Quando il disturbo si aggrava, le associazioni sono così rapide che non riesce più possibile coordinazione di sorta. Appena un'idea è nata per influenza di una sensazione o di un ricordo qualunque, subito un'altra la incalza impedendone lo svolgersi regolare. Questo continuo incrociarsi di idee che si incalzano a

(*a*) Cfr. Buccola, in *Riv. sperim. di Fren.*, 1881, in *Riv. di Filosofia scientifica*, 1881-83; La legge del tempo, ecc. Milano 1883. — Tambroni e Algeri, in *Riv. sper. di Fren.*, 1885; Tschisch, in *Viestnik Psichiatrii Nevropatologii*, 1885; Walitzki, in *Revue philosophique*, 1890; Bevan-Lewis, Text-book, passim, e art. " Reaction-time „ in *Dictionn. of psychol. Medicin*, vol. II, 1892. — Avverto qui che molti lavori, massime italiani, trovansi già da me citati nelle mie note al capitolo: " Paralisi progressiva „ (E. M.).

vicenda, che si mescolano e si contrastano, determina uno stato per lo meno apparente di *incoerenza*, [ma è una pseudo-incoerenza o incoerenza spuria per disassimilazione rimediabile del processo ideativo (E. M.)]. Tale incoerenza delle idee si manifesta coll'incoerenza del linguaggio parlato, di quello scritto, di quello mimico.

Nelle forme più lievi di mania il *linguaggio parlato* rimane, nel suo complesso, intelligibile: che anzi le parole sono più adatte, più variate, più felici che allo stato normale. Il malato ha arguzie che fanno sorridere, e trova espressioni spiritose e pronte alle quali non erano abituati i di lui famigliari. La parola è più animata, più prolissa: si ha una specie di *logorrea*. Ma il disturbo del linguaggio progredisce di conserva con quello delle idee. Quando queste si associano incoordinatamente, la loquela pure si altera più profondamente e giunge ad esprimere quella *fuga delle idee* (" *Ideenflucht* ", dei Tedeschi) che è la caratteristica degli stati confermati di mania. Le frasi possono in sul principio sembrare ancora corrette ove le si considerino isolatamente, ma non si collegano più logicamente fra di loro. Pare che il pensiero corra più veloce della parola e che l'una faccia uno sforzo per tener dietro all'altro. Così l'ammalato fa delle *elissi*, come aveva giustamente notato J. P. Falret, e sopprime le proposizioni incidenti, come fa osservare Baillarger [" linguaggio *elittico* "]. Allora il discorso è sconnesso, senza legame e senza continuità. L'incoerenza può a tutta prima assomigliare a quella del linguaggio di alcuni dementi [che è incoerenza vera per disassimilazione irrimediabile del processo ideativo (E. M.)], ma ne differisce grandemente pella natura e pel meccanesimo. " Se si ha pazienza, dice a proposito Foville, di ascoltare a lungo i maniaci si arriva spesso a rilevare un certo rapporto fra quello che dicono e quanto avevano udito poco prima; talora viene proferita una parola ed il suo senso risveglia [per associazione di contenuto o concettuale (E. M.)] un'idea che immediatamente è tradotta con vociferazione agitata; tal'altra non si è pel senso, ma pella semplice consonanza delle parole (associazione delle idee per *consonanza* [o *fonica* (E. M.)] che, come una specie di *calembourg*, serve di punto di partenza ad un nuovo ordine di idee e di propositi, il quale ben presto sarà sostituito da altro ordine a tutta prima affatto diverso, ma ad ogni modo da lui derivato. Le idee non sono, adunque, realmente dissociate; ma, invece, la facoltà di associazione persiste: solo è sì rapida che la mente dell'ammalato arriva all'improvviso, con uno scatto, a tale conclusione, cui un uomo normale non sarebbe giunto che dopo transizioni più o meno lunghe ".

I disturbi del *linguaggio scritto* corrispondono perfettamente a quelli del parlato. In sul principio, lo stile dell'ammalato è prolisso, enfatico; le frasi però sono ancor bene architettate, la calligrafia è corretta. Ma, ben presto, l'attenzione viene così alterata che le parole scritte non si collegano più bene e sembrano gettate a caso sulla carta, come, difatti, corrispondono alle impressioni ed alle idee che balenano di momento in momento. In seguito, l'ammalato diventa incapace a scrivere una parola completa e regolare, la sua mano non traccia che caratteri informi, fino a che l'incoordinazione dei movimenti diventi tale che gli renda anche impossibile il tenere la penna.

La *mimica* [il linguaggio mimico], come la parola e la scrittura, esprime l'estrema mobilità dei sentimenti e delle idee. In sul principio possiamo non osservare altro che un bisogno di attività anormale: l'ammalato, difficile ad essere tenuto fermo, fa delle corse, entra, esce, si agita in tutti i modi. Parla molto, con una certa pretesa, in forma enfatica, talvolta anche in modo spiritoso e mordace; il suo linguaggio diventa triviale e grossolano, e si rimane

sempre sorpresi nel vederlo mettere nel suo discorso, che non è del tutto sconnesso, parole oscene e da trivio; in questo momento la faccia si anima, l'occhio è brillante. Di poi, i tratti della fisionomia assumono una mobilità eccessiva, ed esprimono, l'una dopo l'altra, il contento, la collera, l'ironia, la minaccia (*a*). I gesti sono esuberanti [" ipersemia od ipermimia gesticolare „ (E. M.)]; i movimenti si compiono a scatti e disordinati; il maniaco si agita in tutti i sensi, balla, corre, si butta sugli oggetti che sono alla sua portata, sugli utensili, sugli indumenti, sui guanciali e le coltri del suo letto, rompendo e lacerando tutto [" impulso pantoclastico incoercibile „ (E. M.)]. Grida, insulta o dice parole incomprensibili. La voce è fioca e rauca, e questa raucedine è in parte dovuta agli sforzi vocali prolungati, non sempre alla fatica delle corde vocali, giacchè costituisce spesso uno dei fenomeni precoci e si manifesta quasi contemporaneamente all'iniziarsi della malattia. L'eccessiva agitazione degli ammalati pare non li affatichi, e si resta sorpresi dei considerevoli e prolungati sforzi di cui sono capaci per settimane e mesi individui dalle forme delicate e dai muscoli poco sviluppati. Questi enormi sforzi sono seguiti però da un leggero dimagrimento: [ad ogni modo, sono effimeri, poichè con indagini dinamometriche (Frigerio) s'è potuto da molto tempo distruggere la leggenda della " forza erculea „ attribuita ai pazzi agitati (*b*) (E. M.)].

I movimenti, invece di essere incoordinati e mutevoli colle impressioni e colle idee, anch'esse mobili e variabili da un momento all'altro, possono, in certo modo, sistemarsi, diventare uniformi e quasi automatici. Allora si vedono gli ammalati mettersi per parecchi giorni a fare dei capitomboli, ad agitare ritmicamente le braccia o la testa, a girare attorno ad un albero o ad un banco [" movimenti coatti „, i quali per lo più sono ritmici come gli isterici (E. M.)]. Ve ne hanno anche di quelli che ripetono continuamente la stessa parola o la stessa frase [" verbigerazione „ di Kahlbaum (E. M.)].

γ) Così, la fisionomia dell'ammalato, i suoi gesti, il suo linguaggio, tutto insomma rivela una rapidità eccessiva nel succedersi e nell'associarsi delle impressioni, dei sentimenti e delle idee. Gli elementi di queste associazioni, che si fanno con una notevolissima prontezza, provengono dalla memoria o dalle sensazioni del momento, siano esse vere o false (allucinazioni).

La *memoria* coadiuva tanto più le combinazioni di idee in cui si esaurisce il lavorìo cerebrale, in quanto che, nel maniaco, essa è notevolmente esaltata. L'ammalato rievoca ad ogni istante ricordi che sembravano estinti e che la malattia ravviva. Questa *ipermnesia* è, nel medesimo tempo, l'effetto e l'estrinsecazione della sovraeccitazione cerebrale che costituisce la principale caratteristica della mania. In certi maniaci, che non presentano alcun disturbo rilevante negli atti o nelle idee, possiamo talvolta osservare, conforme alla nostra esperienza, che l'ipermnesia si accompagna ad una notevole esagerazione della facoltà di rappresentazione mentale, [cioè della immaginazione]; le impressioni uditive, e specialmente le visive percepite per l'addietro, e le cui traccie si sono accumulate nella memoria, vengono ravvivate con una vivacità

(*a*) [Sulla mimica dei pazzi, veggasi la bella opera di Tebaldi, La fisonomia ed espressione studiate nelle loro deviazioni, ecc. Padova, Drucker, 1884, con atlante (E. M.)].

(*b*) Anche Toulouze, recentemente (*Bull. de la Soc. de méd. mentale*, Gand, giugno 1893) ha trovato nelle pazze valori dinamometrici sempre più bassi che nelle donne sane. La scala delle forme da quella di musculatura più debole a quella di muscoli più energici, sarebbe la seguente: dementi, imbecilli e idiote, paralitiche, *maniache*, melanconiche, paranoiche, epilettiche, pazze morali e convalescenti (E. M.).

anormale: [è una vera ipermnesia di riproduzione, mentre è infiacchito il potere mnemonico di fissazione o conservazione dei fatti percettivi attuali]. Si capisce quindi come la memoria, immettendo ad ogni momento, nel torrente di sensazioni e di idee che passano nel cervello, [o, per dire più correttamente, che invadono il campo della coscienza (E. M.)] un ricco contingente di impressioni, ne esageri la rapidità e la violenza.

Lo stesso succede pella *sensibilità*. La maggior parte degli autori ammettono che nei maniaci le sensibilità specifiche siano acuite. Che anzi non si tralascia dall'avvertire che le impressioni luminose aumentano di molto l'agitazione degli ammalati e che i rumori, anche leggeri, li fanno spesso trasalire. Bisogna però fare una distinzione fra l'ipereccitabilità sensoriale, che potrebbe anche chiamarsi iperalgesia, e l'iperestesia propriamente detta che permetterebbe di percepire con maggiore squisitezza le impressioni visive, le uditive, le olfattive, ecc. La maggior parte dei casi descritti depongono per l'esistenza della prima, ma non per la seconda. Clouston (1) descrisse un caso concernente un individuo, il quale, in un attacco di mania, poteva fare a meno dell'uso degli occhiali che allo stato normale gli erano indispensabili per leggere una scrittura minuta. [Più recentemente Legge ha insistito sull'esaltazione del senso musicale nei maniaci (*a*) (E. M.)]. Però, i casi di questo genere sono piuttosto rari, [e quando si incontra tale iperestesia o, meglio, *acroestesia*, si è in diritto di supporre la fusione della neurosi isterica con la vesania (E. M.)]. D'altra parte non è facile esaminare lo stato della sensibilità speciale nell'agitazione estrema in cui versano i maniaci: ci si deve contentare quasi sempre di osservazioni alquanto superficiali. Del resto, possiamo dire *a priori* che lo stato mentale di questi ammalati si presta male alla percezione delicata delle sensazioni, percezioni per le quali si richiede un certo grado di attenzione.

[Con un'attenta ricerca e soprattutto con la misurazione estesiometrica si trova che la mania, anzichè acuire, ottunde nel maggior numero dei casi tutte le sensibilità specifiche, massime le cutanee (Lombroso e suoi allievi, Albertotti, Agostini, ecc.) (*b*). Il senso topografico, ad esempio, diminuisce notevolmente al dorso delle mani, poichè mentre in 30 sani la estesiometria dà 9,5 mm., in 30 maniaci si otterrebbe 20,5; alla nuca nei sani 10,6, nei maniaci 19,5. La sensibilità elettro-cutanea misurata col faradireometro non sarebbe invece gran che diversa dalla normale (Roncoroni); lo stesso dicasi della sensibilità dolorifica (Agostino). I riflessi si mostrerebbero generalmente normali, sebbene si noti qui, secondo la mia esperienza, una estrema variabilità (E. Morselli)].

Comunque sia, se non è dimostrato che gli organi dei sensi percepiscono le impressioni con maggiore squisitezza, la clinica ci mostra quotidianamente che i maniaci sono più facilmente stimolabili che allo stato normale [nella percettività, ossia nella trasformazione psichica della sensazione (E. M.)]: il minimo rumore, la più lieve impressione luminosa provocano reazioni e associazioni di idee. [In una serie genialissima di indagini elettrodiagnostiche sulla eccitabilità galvanica del nervo acustico, Buccola trovò una evidente iperestesia acustica e, quel che più importa, vide nei suoi casi una anomalia spiccatissima

---

(1) Clouston, Clinical Lectures on mental diseases, 1887.

(*a*) Cfr. Legge ed Ireland, in *Journ. of mental Science*, luglio 1894. — Sulle dismusie, amusie e paramusie degli alienati, veggasi un mio articolo in *Gazz. degli Ospedali*, Milano 1893 (E. M.).

(*b*) Cfr. Lombroso, Algometria elettrica, 1874; e in *Giorn. R. Accad. Med.*, Torino 1891; Albertotti Giov., in *Arch. ital. Mal. nerv. e mentali*, XX, 1883; Agostini, *VII Congr. Fren.*, Roma 1894; Roncoroni, *Arch. Psich. Sc. pen.*. XIV, 1893 (E. M.).

della nota formula del Brenner (*a*): dunque, le funzioni sensitive sono nella mania sede di cangiamenti morbosi quantitativi e qualitativi. Ma questo campo di indagini psicofisiche è fin qui stato appena sfiorato: e conviene costrurre del tutto quella che il Mendelssohn giustamente ha chiamata la " psicologia di relazione „ (E. Morselli)].

Agendo sui centri sensitivi dei maniaci, le impressioni uditive e visive determinano *illusioni*, che costituiscono grande parte della sintomatologia della mania. Gli ammalati vedono gli oggetti rovesciati, impiccioliti o smisuratamente ingranditi; scambiano il loro infermiere con un loro parente, con un amico, con una persona illustre; un mobile, un bicchiere assumono ai loro occhi delle proporzioni fantastiche e spaventose; i minimi rumori che giungono al loro orecchio diventano schiamazzi assordanti od una musica piacevolissima; le bevande che loro si offrono, talvolta hanno l'aspetto ed il gusto di un nettare delizioso, tal'altra di un liquido avvelenato.

Più rare sono le *allucinazioni*. Secondo Macario, le si riscontrerebbero in un settimo dei casi. Riesce difficile orientarsi in tal genere di statistica, perchè in mezzo a tanto disordine di atti e di idee è cosa tutt'altro che facile discernere l'allucinazione dall'illusione (*b*).

Nella mania la *sensibilità generale* è anormale come la specifica, ma piuttosto in senso inverso: non abbiamo iperestesia, ma ipoestesia. Gli ammalati sembrano non avere coscienza e non provare alcun dolore pelle ferite che si provocano [*algofilia* del Venturi (E. M.)]; sono insensibili al freddo; si resta sorpresi nel vederli d'inverno spogliarsi degli abiti e rotolarsi nella neve. Sono anche più resistenti delle altre persone alle ferite [*disvulnerabilità*, Lombroso] ed alle intemperie, e di rado cadono preda delle affezioni acute determinate dal freddo. Anche la sensibilità *muscolare* pare attutita ed i maniaci sembra non provino il senso della fatica malgrado gli sforzi violenti cui si abbandonano.

δ) *Concetti deliranti. — Stato emotivo.* — La difficoltà che la mente prova per fissarsi, l'eccessiva mobilità delle idee e dei sentimenti non permettono all'intelligenza del maniaco di concentrarsi su di un'idea. E questa è la ragione per la quale le idee deliranti non sono che scarse e di poca importanza. Però, a seconda che la costituzione psichica dell'ammalato, la natura delle sue illusioni e delle allucinazioni dirigono la mente nell'una piuttosto che nell'altra direzione, possiamo assistere alla manifestazione di idee mistiche, ambiziose, erotiche o di persecuzione. Le idee erotiche sono relativamente più frequenti

---

(*a*) Cfr. Buccola, La reazione elettrica dell'acustico negli alienati; *Riv. di Fren.*, XI, 1885.

(*b*) [Si vede, però, come sia erroneo chiamare le allucinazioni dei pazzi semplici " disturbi di percezione „, e porli al livello medesimo delle illusioni. Il più semplice fenomeno illusorio suppone già un disordine del processo ricognitivo, che è sempre basato su di un ragionamento o giudizio di assimilazione, o di disassimilazione. Il maniaco che scambia un ignoto per un dato amico, o l'acqua per veleno, non solo *percepisce* male, ma *giudica* e *pensa* anche erroneamente. Che cosa dire, allora, dell'allucinazione, dove l'elemento percettivo (inteso come relazione dei nostri centri senzienti con un obbietto esterno) manca affatto, e dove invece l'elemento primo consiste in una imagine morbosamente vivace? Il Ferrier (Les fonctions du cerveau, trad. francese, 1878, p. 415) disse assai bene che l'allucinazione è un fatto di memoria, non di percezione, perchè ha sede nelle stesse regioni corticali ove si depositano le imagini: concetto che poi egregiamente il nostro Tamburini svolse ed applicò (*Riv. sper. di Freniatria*, V, 1879). Per questo in una semejotica analitica dei disturbi elementari della psiche le allucinazioni vanno poste, come già aveva fatto l'Emminghaus contemporaneamente a Ferrier (Allgemeine Psychopathologie, 1878), fra le *Disfantasie* o disturbi di imaginazione. E basta sentire un allucinato descrivere, *interpretare* e *combinare* le sue imagini autonome per convincersi che siamo ben più in là dalla sfera percettiva. Eppure, molti eminenti alienisti cadono in errore psicologico così grossolano! (E. Morselli)].

(meno però di quanto si è affermato) nella mania puerperale, le ambiziose nei maniaci infinti da labe degenerativa. Ma, di qualunque natura esse siano, queste idee deliranti sono mobili, senza seguito e poco sistematiche. D'altra parte, come notò Griesinger, quando lo stato maniaco è di grado rilevante, il succedersi delle impressioni e delle idee è così rapido che il mondo esterno può a questi ammalati sembrare confuso ed oscuro.

Abbiamo nella mania un fondo emotivo sempre identico ed intimamente legato alla natura dell'affezione? Tale questione fu spesso discussa, ma si è ben lontani ancora da una concordia di opinioni. Secondo Esquirol, mentre la melanconia costituirebbe il delirio delle passioni che apporta i disturbi intellettuali da lui giustamente considerati come secondarii, la mania sarebbe all'opposto primitivamente caratterizzata da un disordine dell'intelligenza; in essa il delirio passionale sarebbe secondario. Altri autori, ad esempio Bucknill, sostengono un'idea affatto contraria: secondo l'alienista inglese, nella mania i disturbi emozionali sarebbero primitivi, quelli dell'intelligenza secondarii. La mania sarebbe quindi una malattia della sensibilità morale, [del sentimento], prima di essere un'affezione intellettuale. L'osservazione molto esatta di Guislain, che cioè l'inizio dell'accesso maniaco è preceduto da un periodo di malinconia, depone in favore di questo modo di vedere, e l'opinione di Falret " che le disposizioni generali della sensibilità morale, l'impulsività, le tendenze, i sentimenti sono i primi a risentirsi in tutte le forme di affezioni mentali ,, trova una quotidiana conferma clinica.

Ammesso che i sintomi motorii e di altra natura della mania sono subordinati ad un disturbo emozionale primitivo, [ad un disordine fondamentale dell'affettività e del tono sentimentale, in genere (E. M.)], resta ancora a stabilire la natura di quest'ultimo. Spesso si oppose la mania alla melanconia perchè questa si accompagna ad uno stato doloroso della cenestesi, quella ad uno stato piacevole della cenestesi medesima (*a*). Ma riguardo all'allegria ed alla contentezza dei maniaci bisogna intenderci. È certo che questi ammalati presentano talvolta le manifestazioni di una smodata gaiezza, e qualcuno di essi, guarito, racconta che durante l'accesso provava un senso di ineffabile felicità. Ma in realtà lo stato cenestetico primitivo pare sia, tanto nel maniaco quanto nel melanconico, piuttosto uno stato penoso, accompagnato da un sentimento di mestizia. Solo, più tardi, manifestatosi il disordine delle idee e degli atti, i sentimenti diventano mobili e variabili come il pensiero e la mimica, ed è questo il momento nel quale si realizzano le condizioni pella contentezza e pel piacere. Succede lo stesso come in certi accessi di collera determinati da una contrarietà o da un'impressione spiacevole. Féré (1) fa giustamente osservare, che " a misura che le reazioni motorie vanno aumentando, l'individuo va acquistando un'idea sempre maggiore delle sue forze, delle sue attitudini

(*a*) [L'Emminghaus (Allgemeine Psychopathologie, 1878, pagg. 85-95) ha stupendamente mostrato il valore obbiettivo e subbiettivo dello " *psychische Lustgefühl* „ degli stati espansivi in opposizione all'*Unlustgefühl* dei depressivi. Del resto, la differenza fondamentale fra mania e melanconia nell'alterazione del tono affettivo (" *Gemüthsstimmung* „) che si trova ammessa ed applicata dagli alienisti tedeschi, dal Griesinger e dal Wachsmuth in poi fino a Krafft-Ebing e a Schüle, era già caduta sotto l'osservazione di vecchi autori, del Rush per esempio (cfr. le sue: Medic. Inquiries, an observ. upon the Diseases of the Mind, Philadelphia 1812). Se si adottassero le più recenti dottrine sulla natura dell'emozione, quali vennero enunciate da Lange e da James, si dovrebbe forse cercare soltanto nella più agevole o più difficile attività motoria il punto iniziale di partenza, anzi la stessa causa intima del disturbo emotivo, che nel primo caso sarebbe piacevole (mania), nel secondo, invece, penoso (melanconia) (E. Morselli)].

(1) Ch. Féré, La Pathologie des émotions, Paris, Alcan, 1892, p. 354.

intellettuali, di tutti i suoi mezzi di azione; il vocabolario della millanteria in tutte le sue forme viene ad aggiungersi alle minacce: l'ironia, il sarcasmo si accompagnano alle ingiurie, e talvolta si vede che l'espressione di soddisfacimento predomina nel quadro „. Riassumendo, in sul principio della mania come in quello della melanconia pare si abbia uno stato cenestetico particolare, stato di malessere morale e di tristezza: i disturbi intellettuali sono secondarii ed in tutti i casi consecutivi al primo (*a*): manifestatisi questi ultimi, lo stato emozionale varia, ma, come in tutti i casi nei quali predomina l'espansione, si osserva più di frequente uno stato di contentezza, di benessere, di soddisfazione. [E forse si collega allo stato di esaltata emotività, il tremore vibratorio, frequente, celere, alto, aritmico e disuguale, che Cristiani (*b*) ha segnalato or ora nella mania (E. M.)].

II. Funzioni organiche. — I disturbi del sistema nervoso si accompagnano ad altri concernenti le varie funzioni organiche.

In sul principio, le *funzioni digerenti* si compiono male; la lingua è sporca e si ha imbarazzo gastrico; gli ammalati mangiano poco e qualche volta anche rifiutano gli alimenti, ma bevono volentieri. Più tardi, nel periodo di stato, la lingua si ripulisce, l'appetito ritorna od anche si esagera, gli ammalati mangiano con ingordigia; in tal modo riparano alle perdite organiche dovute all'eccessiva agitazione. Generalmente non si insudiciano; se a caso capita loro di perdere le urine e le feci, ciò succede per mancanza di precauzione o di attenzione; non vi ha paralisi degli sfinteri; d'altra parte, le evacuazioni involontarie sono rare e passeggere. [Nei maniaci la *salivazione* è spesso aumentata fino al grado di ptialismo o di scialorrea (*c*). Sembra che tale fenomeno sia collegato ad un forte eccitamento dei centri corticali (che avrebbero influenza sulle secrezioni, secondo vecchie ricerche di Bochefontaine): il flusso salivare mi è parso, ad ogni modo, accresciuto soprattutto negli esaltamenti con erotismo, e il Cristiani trovò or ora che la saliva dei pazzi scialorroici ha un potere diastasico amilolitico superiore a quello dei sani o degli altri alienati. Anche il *succo gastrico* dei maniaci è più tossico, se injettato nei conigli, di quello dei sani (*d*): ciò che può mettersi in armonia con le odierne dottrine sulle autointossicazioni nella patogenesi della pazzia (E. M.)].

Il *polso*, d'ordinario, è frequente; ma questa frequenza è in rapporto coll'agitazione e diminuisce nei periodi di relativa calma. [Spesso nei maniaci molto agitati si trovano affezioni cardiache, soprattutto ipertrofia del ventricolo sinistro. Il *sangue*, nei casi di vero e semplice eccitamento maniaco, fu trovato da Seppilli ricco di globuli e di emoglobina come nelle condizioni normali; ma se la vesania perdura, induce ipoglobulia. La tossicità e l'azione battericida del sangue dei maniaci sarebbero, secondo D'Abundo, sempre aumentate: mentre la sua resistenza globulare o isotonica, secondo Agostini,

---

(*a*) [Sulle alterazioni della cenestesi negli stati maniaci e melancolici, veggasi l'ottimo scritto di Brugia R., Pensiero e senso organico, Saggio di psicopatologia della cenestesi, Aversa 1893, non che il recente volume di Godfernaux, Le sentiment et la pensée, leurs principaux aspects physiologiques, Parigi, *Bibl. de Phil. contemp.*, 1894 (E. M.)].

(*b*) Cristiani, I tremori dei pazzi; *Riv. di Fren.*, XX, 1894, p. 17.

(*c*) Tamburini, in *Riv. sper. di Fren.*, I, 1875; Mabille, *Ann. méd.-psych.*, 1886; Cristiani, in *Riv. di Fren.*, XX, 1894, p. 117.

(*d*) Cfr. sull'autointossicazione di origine gastrica nelle alienazioni mentali, Bettencourt, in *Congrès intern. de Méd. ment.*, 1889; — Sulla tossicità del succo gastrico, Masetti, *Riv. di Fren.*, XX, 1894, p. 206.

diverrebbe alquanto minore della normale, e ciò non a malattia inoltrata ma fin da principio, perdurando l'ipoisotonia anche in convalescenza (*a*) (E. M.)].

La *temperatura*, negli accessi di mania senza complicazioni viscerali, è normale; al massimo, può arrivare a 38° quando i movimenti sono straordinariamente violenti. [Tuttavia è dubbio se questi rialzi appartengano proprio alla mania vesanica o non a forme pseudoparalitiche (Mendel), o anche a processi morbosi incidentali. Vi è molta oscurità intorno a questo argomento: Burckhardt avrebbe trovato abbassamenti fino a 35°, Clouston oscillazioni di 3°,6(!) che da Tambroni sono ridotte entro limiti più attendibili: altri non videro alcun cangiamento termico. Bechterew spiega tali contraddizioni avvertendo che dapprincipio la temperatura cala, poi stabilitasi l'agitazione maniaca si alza, per ridiscendere alla norma nella defervescenza (*b*) (E. Morselli)].

Le *secrezioni* sono qualche volta alterate. La pelle talora è secca e arida, talora, invece, madida di un *sudore* che emana un odore spiacevole.

Le *urine* possono in sul principio, e nel decorso dell'affezione, diminuire, [indi forse l'aumento del loro peso specifico, segnalato da U. Stefani (E. M.)]. Lo studio della loro composizione chimica ha dato dei risultati contraddittorii: Byasson vi trovò aumento dell'urea e dell'acido fosforico; Magnan trovò invece diminuzione di queste sostanze; [Cristiani aumento del solo fosforo (E. M.)]. Secondo Mairet, nel periodo di agitazione l'azoto e l'acido fosforico legato agli alcalini sarebbe aumentato; nei periodi di depressione, di remissione e di convalescenza, invece, diminuirebbero. [Non rara sarebbero l'albuminuria (38 %, secondo Zurner; 19 su 23 secondo Köppen) e la glicosuria; questa ultima, secondo ricerche di Borelli e Cabitto nella mia Clinica, più spiccata nelle fasi di eccitamento (E. M.)]. La maggior parte delle esperienze tentate colle urine dei maniaci sembrano dimostrare che esse sono meno tossiche delle normali (1) (Chevallier-Lavaure, Brugia, Ballet e Roubinowitch). [Spessissimo le urine contengono cilindri jalini, e injettate negli animali (Brugia) indurrebbero spasmi locali o diffusi, ipotermia, esorbitismo e talora midriasi (*c*) (E. M.).

La *funzione mestruale* è talvolta momentaneamente sospesa, meno abbondante od irregolare. Ma in questi disturbi non vi ha regola costante e fissa. Ogni epoca catameniale, durante il periodo degli accessi, segna abitualmente una riacutizzazione dei fenomeni di eccitazione.

Le *funzioni sessuali* ed il senso genesico sono generalmente esagerati. Specialmente le donne hanno tendenze erotiche, ed in presenza di uomini perdono ogni ritegno [(" *ninfomania* " degli antichi autori) (E. M.)].

[La *reflessività* dei maniaci acuti sembra, in generale, aumentata. Berger e Seppilli (*d*) trovarono il reflesso rotuleo più vivace (nel 68 %), e Buccola non

---

(*a*) Cfr. sulla globulimetria e citometria degli alienati, Seppilli e Brancaleone-Ribaudo, *Atti IV Congr. Fren. di Voghera*, 1883; Seppilli, in *Riv. Fren.*, XII, 1886; — Sul cuore, Salemi-Pace, *Pisani*, 1884; — Sulla tossicità del sangue, D'Abundo, *Riv. di Fren.*, XVII, 1891, p. 129; e XVIII, 1892, p. 292; — Sull'isotonia del sangue, Agostini, ivi. XVIII, 1892, p. 403.

(*b*) Cfr. sulla temperatura dei maniaci, Tambroni, in *Riv. sper. di Fren.*, X, 1884; Bechterew, in *Arch. für Psych.*, 1882. — Il Bouchaud (*Ann. méd.-psychol.*, marzo-aprile 1894) avrebbe trovato che la rara ipotermia dei maniaci si connette sempre con profondi disturbi della nutrizione.

(1) Régis et Chevalier-Lavaure, Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Relazione letta al Congresso degli alienisti di La Rochelle, 1893, e varie altre comunicazioni fatte sull'argomento.

(*c*) Cfr. Marro, loc. cit.: Cristiani, *Arch. di Psich., Sc. pen., ecc.*, X, 1889, p. 484 — Köppen, Albuminurie u. Propeptonurie bei Psychosen; *Arch. f. Psych. u. Nerv.*, 1889, p. 825 — Vassale e Chiozzi, *Riv. sper. di Freniatria*, XVII, 1891, p. 309 — Brugia, *Riforma medica*, settembre 1892 — Stefani U., *Riv. sper. di Fren.*, XX, 1894, p. 1.

(*d*) Cfr. Seppilli, I riflessi tendinei, ecc.; *Riv. sper. di Fren.*, 1882 — Buccola, loc. cit. — Bechterew, *Neurolog. Centralbl.*, 15 gennaio 1892 — Agostini, *Congr. fren. ital.*, Roma 1894 (E. M.).

vide anormalità nel tempo della dilatazione reflessa pupillare agli stimoli tatto-dolorifici. Recentemente Bechterew avrebbe trovato spesso anomalie dei reflessi cutanei e tendinei, pur non ponendole in rapporto con l'una piuttosto che con l'altra forma di psicosi. Invece pel nostro Agostini le funzioni reflesse della pelle e dei muscoli non sarebbero affatto alterate (E. M.)]. Shermer (1) avendo studiato [durante tutta la malattia] i riflessi rotulei nei maniaci, notò che nel periodo di stato essi sono conservati, scompaiono nella convalescenza, per poi ricomparire due o tre mesi dopo.

Decorso. Durata. Esiti. — Un accesso puro di mania ordinariamente si svolge in tre periodi successivi: in uno d'*invasione*, uno di *stato*, e uno di *risoluzione*.

Il primo, che può essere brevissimo, e non durare che pochissimi giorni, o, solo in via eccezionale, poche ore, corrisponde ai prodromi dell'accesso, alla depressione iniziale con senso di fatica, insonnio, perdita dell'appetito, sete intensa, lingua sporca. L'eccitazione, che segue all'abbattimento ed alla spossatezza iniziale, è, in sul principio, moderata e si manifesta con una tendenza agli eccessi alcoolici e venerei, con loquacità e con un certo sentimento di contentezza e di soddisfacimento. L'appetito ritorna, i movimenti e gli atti dell'individuo ritornano esuberanti. In seguito l'esaltazione va aumentando, e la malattia raggiunge il suo periodo di stato [o stadio di acme (E. M.)].

Questo secondo stadio, caratterizzato dai sintomi che abbiamo già descritto, è il più lungo di tutti e tre. Generalmente, non decorre sempre in modo regolare: anche nel suo acme si osservano momenti di calma relativa ordinariamente di breve durata; ed essi non si hanno che ben di rado nella notte la quale spesso passa agitata ed insonne. [Non è escluso che tali " accessi maniaci „ siano in dipendenza, non solo dai turbamenti della cenestesi indotti da irregolarità del trofismo generale, quanto anche dall'influenza delle vicende meteoriche, fasi lunari (donde le designazioni popolari di *lunatici* e il *lunatic* inglese), rialzi e ribassi di temperatura, intensità della luce solare, declinazione magnetica (*a*) (E. M.)]. A misura che l'accesso si avvicina al periodo di declinazione, sono più frequenti e più lunghi; ma l'eccitazione ricomparisce alla più insignificante occasione, quali un improvviso cambiamento di temperatura ed il ritorno del periodo mestruale.

Di mano in mano che l'accesso tende alla guarigione, l'agitazione si fa meno viva, la loquacità (che persiste dopo di essa) diventa meno fastidiosa e meno continua. Negli intervalli di calma, che sono più lunghi che nel periodo di stato, l'infermo riacquista, almeno parzialmente, la coscienza del suo stato, si sente stanco, accusa cefalalgia, ed il sonno è più calmo. A poco a poco, dopo alternative di periodi di eccitazione e di stato normale, lo stadio ultimo passa a guarigione.

La durata di un accesso di mania varia moltissimo. Ve ne hanno di brevi che durano poche settimane; il più sovente il ritorno allo stato normale non avviene che dopo parecchi mesi, da 3 a 4, 5, 6 mesi. Solo in via eccezionale la durata passa un anno; che se l'accesso dura più di un anno o di un anno e mezzo, ben di rado passa a guarigione. Però si dànno eccezioni a questa

(1) Shermer, *Münchener med. Wochenschrift*, aprile 1890.

(*a*) Questa relazione fra lo stato di irrequietudine dei pazzi in genere e dei maniaci in ispecie è stata soprattutto studiata da alienisti italiani. Cfr. Solivetti, Ponza, Verga A., in *Arch. italiano Malattie nervose*, 1873-74-81; Lombroso, Pensiero e Meteore, già citato (E. M.).

regola: noi assistemmo a guarigione di accessi che erano durati 19 mesi; Magnan osservò un caso di guarigione dopo 27 mesi. [Queste guarigioni tardive sembrano però riguardare piuttosto le manie dei degenerati, che quelle svoltesi in personalità sane: poichè in costoro la condizione media, che direbbesi normale della loro psiche, è per ragioni di costituzione assai più vicina alla patologia. E forse appartengono a manie degenerative i casi di guarigioni improvvise, che qualche alienista assevera potersi effettuare in seguito ad emozioni, o ad infezioni acute. Ad ogni modo, le guarigioni tardive e le improvvise sono importanti poichè mostrano come la mania, in onta alla sua clamorosa sintomatologia, possa essere sostenuta da lesioni miti, forse puramente vasomotorie o trofiche (*a*). La questione è, poi, importante sotto il riguardo della legislazione sul divorzio (E. Morselli)].

La mania può diventare *cronica*: questa trasformazione avviene a poco a poco, dopo 12, 15 mesi, od anche più. I sintomi che ci annunziano la cronicità non sono facili a rilevarsi, almeno in sul principio: l'agitazione, pur sempre persistendo, diventa meno viva, più monotona; il sonno migliora, la nutrizione si fa più attiva e, qualche volta, gli ammalati ingrassano. Questi cambiamenti che potrebbero far supporre un miglioramento, sono invece, nel caso particolare, l'indizio di un peggioramento definitivo. Difatti, coincidono con un indebolimento progressivo ed indelebile delle facoltà intellettuali; la memoria, che nell'accesso acuto era piuttosto esaltata, va diminuendo; i sentimenti affettivi si ottundono, la facoltà dell'attenzione non ricomparisce benchè sembri siavi uno stadio di calma: questo è il periodo che conduce alla demenza. Allora il *maniaco cronico* ha una fisionomia affatto speciale: lo sguardo è vago ed incerto, il modo di vestire negletto e sconcio. Tranquillo in certi momenti e quasi indifferente a quanto succede a lui d'intorno, in altri si eccita; ma quest'agitazione intermittente e passeggera non ha nè la durata nè, specialmente, l'intensità di quella che si osserva nello stadio acuto (fig. 20). Gli ammalati conservano una certa tendenza ad abbandonarsi ad atti distruttivi, ma li compiono in modo quasi automatico. Il linguaggio è incoerente e interrotto, talvolta abbastanza intelligibile per poterne comprendere qualche vaga idea delirante, di grandezza, o di persecuzione, o mistica, ma, non occorre dirlo, mal sistematizzata. D'altra parte, la incoerenza è dovuta meno alla mania che alla demenza che le sussegue. Questo stato può durare parecchi anni.

Fig. 20. — Mania cronica (da Dagonet).

(*a*) Per le guarigioni tardive, cfr. Gucci, nello *Sperimentale*, aprile 1888; Ventra, *Il Manicomio moderno*, VI, 1890, p. 249; — per le improvvise, cfr. Raggi e Bergonzoli, *V Cong. Fren. ital.*, 1886. — Un bel caso di mania acuta guarito in sette giorni da (?) una pleurite essudativa fu pubblicato tempo fa da Canger, *Manic. mod.*, 1893, 1-2 (E. M.).

In alcuni casi, la mania acuta è seguìta da un delirio sistematizzato, delirio di persecuzione o di grandezza. Si è specialmente all'estero che vennero descritte queste forme secondarie (*paranoia secondaria*, [*pazzia sistematizzata secondaria*), denominate anche poco fortunatamente (E. M.)] " con delirio parziale ", sulle quali ritorneremo di poi. Quando la mania costituisce così il preludio di un delirio sistematizzato, pare fuoresca dal quadro delle manie idiopatiche, e dovrebbe rientrare in quello degli stati maniaci sintomatici della degenerazione mentale.

La mania finisce talvolta colla *morte*. La quale può avvenire all'improvviso, senza che nulla l'abbia fatta sospettare e senza che alcuna lesione viscerale ne possa chiarire la ragione. In tal caso pare dovuta all'esaurimento nervoso. Altre volte è determinata da una malattia organica, ad esempio da una bronco-pneumonite, che sorge quale complicazione [nel 17 % circa dei maniaci, secondo Gucci (*a*). La proporzione della tubercolosi sarebbe fra i maniaci dell'11 %, quella della tifoide del 12 % (E. M.)]. Finalmente può seguire ad un attacco di *delirio acuto*.

[Allo studio nosografico sulla durata ed esito della mania, si annette la questione sull'esistenza di una *mania transitoria;* essa è stata studiata specialmente sotto l'aspetto medico-forense (Krafft-Ebing, Schwarzer, Tamassia, Venturi, ecc.), e fu ampiamente discussa dai Congressi freniatrici italiani (*b*). Sembra oramai assodato, dalla accuratissima critica del nostro Venturi, che nella massima parte dei casi riportati sotto tal nome nella letteratura psichiatrica si trattasse di ubbriachezza patologica, cioè *mania aebriorum acutissima*. In un caso tipico da me visto a Torino tale eziologia era sicura. Un altro buon numero va ascritto alla epilessia, di cui sarebbe manifestazione la scarica psichica senza convulsioni, cioè forme larvate o stati epilettoidi. Restano però sempre pochi casi in cui la grave eccitazione maniaca, o il morboso furore transitorio (Venturi), o, come io proporrei di chiamarla, la frenesia, mai può ascriversi nè all'alcool nè alla neurosi. Avverto però che malamente si chiama maniaco uno stato frenetico in cui manca ogni esaltazione del tono sentimentale, ma prevale per lo più una collera con colorito emotivo tetro, con tendenze violentemente aggressive, con confusione mentale, incoscienza ed amnesia completa: esso sarebbe piuttosto affine ai parossismi di reazione dolorosa del melancolico con angoscia (E. Morselli)].

Varietà. — Se si leggono le descrizioni della mania scritte dai varii autori, si vede che la maggior parte di essi ammettono molte varietà di quest'affezione. Questo fatto è dovuto a ciò che, ordinariamente, la parola mania viene presa nel suo senso più generale come indicante una sindrome e non una forma morbosa ben definita. Le forme della mania considerata quale entità morbosa sono ben lungi dall'essere cotanto numerose. Un accesso maniaco può essere di un'intensità più o meno grande, e da questa si partì per classificare parecchie varietà di accesso: in tal guisa si dovettero ammettere delle

(*a*) Cfr. Gucci, La frequenza delle malattie da infezione negli alienati; *Arch. ital. Mal. nerv.*, XXVI, 1889, pag. 337. Le proporzioni date qui si riferiscono al Manicomio di Firenze pel quinquennio 1884-88, e stante le condizioni in allora cattive di questo Asilo sono forse troppo alte. In genere solo l'8 % dei pazzi ricoverati muore di tubercolosi, il 4 % di pneumonite, e l'1,75 % di tifoidea (E. M.).

(*b*) Cfr. " Atti del III Congresso Freniatrico " tenuto in Reggio-Emilia; *Arch. ital. per le mal. nerv.*, 1881, p. 165-179 — Venturi, Relazione al IV Congr. Fren. di Voghera, 1883; *Archivio ital. mal. nerv.*, XX, 401; *Giorn. intern. Scienze med.*, Napoli 1885.

manie subacute, acute ed acutissime (Marcé, Régis). Queste tre modalità corrispondono appunto a quanto pure si denomina eccitazione maniaca, mania tipica, delirio acuto.

L'*eccitazione maniaca* consiste in una semplice esaltazione delle funzioni cerebrali, [soprattutto del tono sentimentale], senza incoerenza, senza delirio, senza allucinazioni; l'associazione dei pensieri è più facile, la memoria è più vivace, l'attività aumentata, il disturbo intellettuale non arriva fino al disordine delle idee. Questo stato può essere transitorio, e manifestarsi in sul principio o nel periodo di remissione della mania, costituendo sia un primo grado, sia una attenuazione dei disturbi molto più gravi del periodo di stato di codesta malattia; ma, a parlare più propriamente, non si tratterebbe di una forma di mania idiopatica. L'eccitazione maniaca si osserva specialmente nella degenerazione mentale (e la descriveremo quando tratteremo di questa affezione), nella pazzia circolare e nel primo stadio della paralisi generale. Questa sarebbe l'esaltazione maniaca, la mania quieta (*mitis*) di Schüle, [l'*ipomania* di molti altri autori, e fors'anco l'antica *amenomania* del Rush (E. M.)].

Fig. 21. — Furore maniaco (da Esquirol).

Riguardo al *delirio acuto*, esso costituisce un'affezione complessa ancora poco conosciuta, o piuttosto, un insieme morboso nel quale si mettono contemporaneamente dei casi che sembrerebbero rientrare nella mania, [quando almeno il delirio assume il tipo maniaco (E. M.)], ed altri che le sono estranei. Lo descriveremo in seguito.

Insomma, la mania idiopatica può, in sul principio, assumere le parvenze della semplice eccitazione maniaca; in via eccezionale, può trasformarsi in un delirio acuto (mania acutissima di alcuni autori); ma il tipo che prende comunemente, si è l'acuto quale studiammo nella sintomatologia. In vero, questo tipo acuto può anch'esso presentare varie gradazioni: nella semplice *agitazione maniaca* i movimenti sono disordinati, la mimica, da un momento all'altro, esprime i sentimenti più diversi ed è scorretta e stravagante; le idee sono di un'eccessiva mobilità, la parola loquace e poco concludente, ma il disordine non è tale da rendere impossibile l'attenzione anche per un momento. Questa sarebbe la forma *leggera* della mania. Nella forma *grave* [mania con furore, " Tobsucht „ propriamente detta], l'incoerenza delle idee è maggiore, il disordine degli atti è più completo; riesce molto difficile far fissare l'attenzione dell'ammalato, anche per un tempo brevissimo, su di una sensazione o di una qualsiasi domanda. Si è in questa forma grave che si osserva specialmente il *furore* maniaco, che, al dire di Esquirol, non rappresenta che " la collera dell'uomo in delirio „ (fig. 21).

Non crediamo inutile compendiare nel seguente specchio quanto ora abbiamo detto:

Forme e gradi della mania idiopatica (*a*).

Eccitazione maniaca (mania subacuta). — Il grado più leggero degli stati maniaci, che si osserva talvolta in sull'inizio o nel periodo terminale della mania idiopatica; specialmente nella degenerazione mentale, nella pazzia circolare e nel primo stadio della paralisi generale.

Forme e gradi propriamente detti della mania idiopatica (*Mania acuta*) (*b*)	*Agitazione maniaca* (forma lieve). *Furore maniaco* (forma grave).

Delirio acuto (mania acutissima). (Affezione speciale e mal definita nosologicamente, che, in certi casi, non costituisce che il periodo terminale e più grave della mania idiopatica) (*c*).

Diagnosi. — Quando ci si trova in presenza di un accesso di delirio che a tutta prima sembra d'indole maniaca, è necessario assicurarsi che abbiamo a che fare con un vero delirio vesanico. Di fatti, certi delirii sintomatici possono, ad un esame superficiale, trarre in errore. Quelli della *febbre tifoide*, della *pneumonite*, della *meningite* sono talvolta così gravi da simulare veri stati maniaci. Lo stesso dicasi degli accidenti cerebrali che si osservano nelle affezioni renali, in certe forme di mania o nell'infezione puerperale. Il primo fatto adunque che si impone, nei casi di mania sospetta, si è l'esame metodico di tutti gli organi dell'ammalato. La febbre, se alta e persistente, costituisce un dato diagnostico preziosissimo perchè, come vedemmo, salvo nei casi di

(*a*) [Questa distinzione delle forme di mania, toltone il delirio acuto che deve figurare a parte, corrisponde a quanto in generale viene ammesso dagli altri autori, purchè si tenga conto che l'*eccitazione maniaca* del Ballet rappresenta la così detta " forma ragionante della mania „ (*maniartige Erregungszustand*, Krafft-Ebing), che costituisce tutto l'attacco di certe pazzie periodiche altamente degenerative o anche una delle fasi alterne di certe pazzie cicliche. Restano così le due sottoforme qui indicate dal Ballet per la mania idiopatica acuta: 1ª l'*agitazione maniaca*, o forma leggera (sinon. *mania senza furore* o *semplice*, Verga; *maniakalische Exaltation*, Krafft-Ebing; *leichtere Manie*, Kraepelin, Schüle, ecc.); e 2ª il *furore maniaco* o forma grave (sinon. *mania con furore*, Verga; *Tobsucht*, propriamente detta: *schwere Manie*, Kraepelin). Ordinariamente è assai difficile, nella pratica, dire a quale varietà appartenga un dato maniaco: vi sono tutte le possibili graduazioni di passaggio. La sola differenza importante consiste nelle conseguenze dell'accesso: le forme gravi inducono, naturalmente, con maggiore frequenza una condizione di esaurimento e, se terminano con guarigione (ciò che avviene in proporzione inferiore assai a quella delle manie semplici), lasciano un ritorno imperfetto alla salute mentale. Se terminano in cronicismo, non di rado attraversano prima o uno stadio di stupore che può poi passare in demenza, o uno stadio di eccitamento con incoerenza e fenomeni di debolezza mentale (" morìa „) (E. Morselli)].

(*b*) [Il testo francese della tabella dice " *manie suraiguë* „, ma è certamente una svista dell'Autore, perchè poco più su egli stesso ha dichiarato (e lo ripete nella tabella medesima) che questa designazione si applicherebbe al *delirio acuto* (E. M.)].

(*c*) [Io, e credo in ciò avere consenziente la grande maggioranza degli alienisti, ritengo che questa opinione del Ballet non sia giusta. Il delirio acuto di forma maniaca dev'essere collocato assai lontano dalla mania idiopatica, con cui non ha se non una *superficialissima analogia:* quella derivante dall'effervescenza e clamorosità di alcuni sintomi. Ma nè i sintomi capitali, nè il decorso, nè l'esito, nè l'anatomia patologica offrono la benchè minima affinità fra una cerebropatia acutissima, quasi sempre letale e certamente d' indole infettiva, se non già senz'altro da interpretarsi d'origine microbica (come si vedrà supposto più innanzi dallo stesso Ballet), ed uno stato morboso che sembra nella massima parte dei casi connesso ad una eccitabilità dei centri corticali, tutto al più d'origine auto-tossica. L'uno è adunque esogeno; l'altra è, fino a nuova conoscenza, da considerarsi endogena (E. Morselli)].

delirio acuto, non esiste nei maniaci. Però può esistere se nel decorso della mania sorviene una complicazione viscerale, ad esempio una pneumonite; ma l'anamnesi ci permetterà di stabilire l'ordine di insorgenza delle due affezioni.

La mania si manifesta talvolta nel periodo di remissione delle malattie acute, ed in questi casi è possibile l'errore inverso, considerarla cioè come un delirio sintomatico. Ma il momento in cui sopravviene, generalmente dopo la defervescenza della febbre, permetterà di stabilire la diagnosi abbastanza facilmente. Del resto, nella mania, la loquacità, il disordine delle idee e degli atti sono più accentuati e specialmente più gravi e duraturi che nei delirii non vesanici.

Alcuni casi di *confusione mentale* accompagnati a sintomi di agitazione, e che si manifestano non di rado nell'ultimo periodo o durante la convalescenza di malattie generali, presentano talvolta una vaga somiglianza colla vera mania. Ma nella confusione mentale predomina l'ottusità dell'intelligenza, e l'associazione delle idee è tarda, stentata, in luogo di essere morbosamente rapida come è proprio della mania; inoltre la turbolenza, quando esiste, è più automatica e meno energica che nei maniaci.

Difficilissima talvolta riesce la diagnosi differenziale colla *paralisi generale*, quando questa si inizia con uno stato di intensa eccitazione generale, con incoerenza del linguaggio, con disordine delle idee e degli atti. Per lo più nell'encefalite diffusa, non ostante la disordinata associazione dei pensieri, si ha una tendenza più manifesta alle idee di grandezza, e si discoprono anche i segni sicuri di indebolimento intellettuale e di demenza incipiente. Ma questi dati differenziali sono talvolta per lungo tempo difficili a rilevarsi, e la diagnosi non comincia a diventare alquanto chiara se non quando si mostrino i sintomi pupillari ed i disturbi della parola. Ricercheremo, quindi, con grande accuratezza tali sintomi. In due casi che noi abbiamo avuto occasione di studiare, essi non si manifestarono che molti mesi dopo l'inizio degli accidenti cerebrali di forma maniaca, e perciò la diagnosi rimase per molto tempo sospesa.

Diagnosticata con sicurezza una mania indipendente da qualsiasi lesione organica, resta ancora a stabilirne la natura, se cioè abbiamo a che fare con una mania idiopatica o con una mania sintomatica di un'intossicazione, di una pazzia circolare, di uno stato di degenerazione mentale o di una nevrosi, specialmente dell'epilessia.

L'*alcoolismo acuto* o *subacuto* può, in certi casi, simulare la mania; abbiamo, come in questa, loquacità e disordine negli atti e nelle idee. Ma nell'alcoolismo il disturbo intellettuale è legato ad allucinazioni e ad illusioni, specialmente ad allucinazioni visive che nella mania franca hanno una parte affatto secondaria del quadro sintomatico: abbiamo, inoltre, panofobia, tremore della lingua e degli arti. Lo stesso dicasi dell'avvelenamento da *solanacee:* in questi casi, oltre le allucinazioni, abbiamo i disturbi gastro-intestinali, dilatazione delle pupille e, talvolta, anche convulsioni. Si ricordi che un accesso di mania idiopatica può essere determinato da eccessi alcoolici; in questi casi, se non si considera che l'elemento eziologico, sarà facile cadere in errore e quindi fare una prognosi errata, giacchè il delirio alcoolico è passeggero, mentre l'accesso maniaco provocato da abuso di bevande, o da qualsiasi altra causa, dura sempre più a lungo. Stabiliremo la diagnosi coll'aiuto dei sintomi differenziali che abbiamo ricordato più sopra.

Tratteremo in seguito dei caratteri speciali che assumono gli stati maniaci della *pazzia circolare* e della *degenerazione mentale.*

Negli *epilettici* si manifestano talvolta in seguito ad un accesso larvato o per una vertigine, degli accessi di delirio molto simili, tanto da poterli scambiare, ad accessi di mania; ma, in questo caso, l'inizio dell'accesso è improvviso e non è preceduto da sintomi prodromici: la sua durata è breve e ritornato in sè, l'ammalato non ricorda affatto quanto è successo. Non v'ha dubbio che molti casi che passano sotto il nome di *mania transitoria*, *mania effimera*, *delirio ad accessi* (Lasègue) debbano essere riferiti all'epilessia, [come già abbiamo detto].

Anatomia patologica. — Siccome la mania acuta è solo di rado seguita da morte, così se ne conoscono poco le lesioni anatomiche. D'altra parte, quelle che si riscontrano nei casi fortuitamente seguìti da autopsia, sono insufficienti per darci ragione della sintomatologia che si osserva in vita.

[Anzi tutto, la mania si svolge per lo più in soggetti dal cranio capace e dal cervello voluminoso (Lombroso, Tamassia, Riva, Adriani, Amadei, Peli, e in genere gli alienisti italiani) (*a*). La media capacità cranica di 38 maniaci fu trovata dall'Amadei di 1544 cent. cub., che sarebbe superiore a quella degli Italiani sani misurati dal Mantegazza. Forse il confronto è tra serie troppo disparate. Ad ogni modo, applicando il metodo seriale da me introdotto nell'antropologia (*b*), l'Amadei trovò una distribuzione regolare dei cranii di maniaci lungo la scala delle capacità: ciò indica che nella mania vesanica o tipica poca influenza ha l'elemento degenerativo.

Neppure nei pochi cervelli dei maniaci, studiati secondo il nuovo indirizzo morfologico, si trovarono anomalie o stimmate rilevanti. Il loro peso cerebrale assoluto e relativo è alto: la serie dei maniaci, se non abbonda in pesi grandi, scarseggia poi di piccoli (Amadei). Io ho trovato il peso specifico cerebrale più alto nella mania, che non nello stato sano: anche il peso degli annessi (meninge, liquido) non è molto lontano dalla media. Agostini, invece, dice che il peso specifico del cervello è normale nella mania subacuta, notevolmente aumentato nelle forme croniche passate a demenza (E. Morselli)].

Calmeil, Meynert, Luys, Emminghaus notarono specialmente una forte injezione dei vasi della pia madre e delle circonvoluzioni: Ripping (*c*) notò una proliferazione nucleare che Mendel non riuscì a vedere. Ma queste sono lesioni lievi, incostanti, in certo modo comuni, che non ci illuminano circa la natura dell'affezione.

Nella mania cronica, come in molti casi di pazzia di antica data, troviamo ispessimento ed opacamento delle meningi, congestioni varie e diversamente localizzate, atrofia più o meno notevole della corteccia cerebrale, ammassi di ematina ed ematoidina nelle guaine linfatiche dei vasi, degenerazione grassa o pigmentaria con atrofia di alcune cellule cerebrali. Ma anche queste sono le alterazioni che comunemente si riscontrano nelle varie forme di pazzia cronica (A. Voisin), e non pare siano peculiari della mania.

Fino a prova contraria, quest'affezione deve continuare ad appartenere al gruppo delle psicosi [così dette " funzionali "].

(*a*) Cfr. Lombroso, La med. leg. delle alien. ment., 1865: art. Cranio dell'*Encicl. med. ital.*, 1872; Amadei, *Riv. sper. di Fren.*, 1882, e IV Congr. Fren., 1883; Peli, *Riv. sper. di Fren.*, 1883-84. — Sul peso specifico del cervello, Morselli, loc. cit.; Agostini, Congr. psich. ital. di Roma, 1894.

(*b*) Cfr. Morselli, Critica e riforma del metodo in Antropologia. Roma 1880, un volume di pagine 160.

(*c*) Non Repping, come è scritto nel testo (E. M.).

Prognosi. — Abbiamo già detto dei varii esiti dell'accesso maniaco: la guarigione, il passaggio allo stato cronico, la morte per complicazione viscerale o per delirio acuto.

La *guarigione* è l'esito più comune della mania, [soprattutto se lieve]. Marcé l'osservò 25 volte su 28 casi (questa proporzione probabilmente è troppo grande), Guislain 7 volte su 10, [Marcé nel 66 %; Eschenburg nel 60 %; Willerding nel 70 %; Mendel persino nell'80 %; Luys solo nel 50 %. Come spiegare tali differenze? Willerding crede che derivino dall'aver mescolato casi di mania grave e di delirio acuto con altri di maniaci giunti troppo tardi al Manicomio, e gli do ragione (E. M.)]. Qualunque voglia essere il valore di queste statistiche possiamo affermare che la prognosi della mania è il più spesso buona, e specialmente di quella che si manifesta nel puerperio, [il che avviene, nella massima parte dei casi perchè la pazzia puerperale è ereditaria: ora, tutte le vesanie di indole gentilizia e degenerative si svolgono con accessi che considerati isolatamente sono benigni, salvo che recidivano con un'estrema facilità (E. M.)].

La guarigione avviene più di frequente in autunno, più di rado in primavera ed in estate, in via affatto eccezionale d'inverno. [Ma è probabile che questa influenza benefica della stagione calda, desunta com'è da statistiche manicomiali, derivi da ciò che i pazzi poveri guariti o migliorati si dimettono dall'Asilo alla buona stagione. Ad ogni modo, Willerding, che si è occupato con molto acume della prognosi della mania (*a*), dà come criterii prognostici finali: il sollecito trasporto del malato in una Casa di salute; la giovinezza; una certa durata del periodo prodromico; una defervescenza per *lisi;* la continuità dello stato di dimagrimento finchè durano fenomeni psicopatici di eccitazione; il ritorno delle mestruazioni. Lo Stefani U. pretenderebbe che fosse buon segno anche l'abbassarsi del peso specifico delle urine.

La *morte* può avvenire, oltrecchè per malattie incidentali, anche per esaurimento. Whitwell ha messo però in luce che questo " collasso " dipende in un buon numero di casi da embolia grassosa del polmone con esito in infarto e pneumonite (*b*) (E. Morselli)]. D'altra parte, secondo una statistica di Bucknill ed Hack Tuke, la mortalità dei maniaci entrati durante un periodo di 40 anni nel Manicomio di York sarebbe del 4 %.

Cura. — La prima indicazione per la cura della mania si è quella di evitare tutto ciò che può aumentare l'eccitazione dell'ammalato: i rumori, la luce troppo viva, la presenza di molte persone riescono nocive. Limitare gli infermieri allo stretto necessario, mettere l'ammalato in un ambiente modicamente illuminato e lontano dai rumori, sono pertanto precauzioni necessarie; ma nel più dei casi esse non potranno mettersi in uso se non in uno Stabilimento speciale. Così pure, l'isolamento fuori della famiglia costituisce un mezzo sempre utile ed il più sovente anche indispensabile; generalmente i parenti accettano volentieri queste condizioni, quando si trovano in presenza di un delirio chiassoso e quando si accorgono [non raramente a loro spese] come sia loro impossibile di sorvegliare e di curare il malato nella di lui casa.

Si avrà cura di evitare alcuni mezzi di cura che l'esperienza dimostrò non convenienti, anzi pericolosi. La contenzione nella camicia di forza entra nel numero di questi. Il maniaco dev'essere lasciato, per quanto è possibile, in

(*a*) Cfr. Willerding, in *Allg. Zeitsch. für Psychiatrie*, vol. XXXVIII, fasc. 1° e 2°.
(*b*) Cfr. Whitwell, in *Journal of mental Science*, luglio 1891.

libertà perchè possa eseguire tutti i suoi movimenti, in una cella od in una camera ben chiusa, bene riscaldata d'inverno, [possibilmente con le pareti imbottite o coperte di trapunte (E. M.)]: nella state, quanto più lo si potrà, lo si lasci all'aperto.

Ogni medicazione debilitante è nociva: e così si eviteranno i salassi; tutto al più si permetterà di applicare qualche sanguisuga alle apofisi mastoidee quando si abbiano sintomi evidenti di congestione encefalica e di pletora sanguigna. Il tartaro stibiato a grandi dosi quale contro-stimolante [tanto lodato dalla scuola clinica italiana del Rasori e del Tommasini (E. M.)], non apporta i buoni effetti che alcuni medici, e specialmente Marcé, credettero dovergli attribuire: generalmente, ora se ne abbandonò l'uso, [malgrado che si sia tentato recentemente di rimetterlo di moda (E. M.)]. Lo stesso dicasi dei rivulsivi, punte di fuoco, cauterii, ventose scarificate, il cui uso non è scusabile se non a stadio avanzato della malattia, quando cioè essa minacci di passare allo stato cronico [o quando, per compiacere alle famiglie, si debba pur *fare qualche cosa* (a). Ma ordinariamente sono torture inutili, se anche non inducono una maggiore agitazione seguita da pericolosi esaurimenti (E. M.)].

Prima di tutto, cercheremo con ogni mezzo di *sostenere* l'ammalato, che per l'estrema agitazione è soggetto ad una causa permanente di perdita di forze. Per riuscire a ciò si baderà che l'alimentazione sia regolare e sostanziosa; gli si daranno alimenti facili a digerirsi, ricchi di albuminoidi e di idrocarburi, uova, succo di carne, carni tenere e sminuzzate, latte; per bevande la birra ed il vino in quantità modica. Baillarger propone la dieta lattea; essa può riuscire utile quando vi abbia catarro delle vie digerenti e, specialmente, se vi ha febbre. [In certi casi in cui il disordine del malato è tale che il poco cibo non provvede abbastanza a mantenerne la ristorazione, si può fare uso, con molto profitto, del somatosio, che in poca quantità racchiude una notevole dose di sostanze proteiche (E. M.)].

Cercheremo di calmare l'ammalato: a questo riguardo le *pratiche idroterapiche* rendono i migliori servizii (b). L'impacco umido riesce molto utile: l'ammalato viene fasciato nel lenzuolo, sul quale si avvolge una coperta di lana, quindi gli si somministrano delle bevande abbondanti in modo da provocare una copiosa diaforesi. Questo metodo è alla portata di tutti. Nei Manicomii e nelle Case di salute si ricorre di preferenza ai bagni tiepidi, alla temperatura di 30°-32°, della durata di una, due, tre, quattro ore [e già tanto elogiati dal Türck]. Brierre di Boismont dava bagni di 10 o 12 ore. S'abbia cura di tenere sulla testa dell'ammalato, fin che sta nel bagno, una vescica di ghiaccio o compresse impregnate di acqua fredda. Nelle forme di mania prolungata, quando si vuole svegliare una reazione psichica, Schüle consiglia il bagno freddo a 20°, a 17° od anche a 15° per otto o dieci minuti. Si noti però che un grave stato di debolezza, o lesioni polmonari o cardiache, costituiscono altrettante contro-indicazioni a tali manovre idroterapiche. [La doccia che molti medici sempre consigliano, è spesso nociva: essa può indurre una

---

(a) Veggasi Venturi S., Della cura rivulsiva nelle malattie mentali; *Gazz. medica delle Provincie Venete*, 1879.

(b) [Il lavoro più completo che io conosca sull'idroterapia, dopo i trattati generali di Winternitz, Beni-Barde, Flechsig, ecc., è dell'americano Peterson, Hydrotherapy in treatment of nervous and mental diseases, New York 1893. Buone indagini intorno all'azione delle pratiche idroterapiche sulla circolazione periferica e cerebrale vennero fatte da Bergesio e Musso nella Clinica psichiatrica da me diretta (*Riv. sper. di Fren.*, 1885) (E. M.)].

maggiore eccitazione, cui poi tien dietro non raramente un periodo di confusione mentale (E. M.)].

Riguardo ai medicamenti destinati a calmare ed a provocare in via indiretta il sonno, si fece uso di tutti gli ipnotici e sedativi.

L'*oppio* talvolta riesce utile, ma deve essere usato con prudenza: J. Conolly lo proscriveva addirittura, ritenendolo più dannoso che utile. Dagonet dice che talvolta dà vantaggi, pur non essendo facile precisarne le indicazioni. Magnan vi ricorre volentieri, poichè gli diede spesso buoni risultati. Marcé lo proscrive nei casi, nei quali il polso è forte e pieno, la faccia congesta ed accesa: lo riserva nel periodo di remissione. Noi anche siamo di quest'avviso, ed abbiamo più volte avuto occasione di constatare con Marcé che l'oppio, somministrato in sul principio o nel periodo di stato, favorisce la congestione del capo e tende ad aumentare l'incoordinazione delle idee e la violenza dell'agitazione. [Generalmente esso va dato, appunto per ciò, quando la mania sia associata ad oligoemia (E. M.)]. I medici, che ne consigliano l'uso, generalmente lo prescrivono a dose progressivamente crescente sotto forma di estratto o, meglio ancora, di laudano. Magnan comincia con 15 gocce di laudano al giorno ed aumenta una goccia al giorno fino ad arrivare a 4, a 5 ed anche a 10 o 15 grammi al giorno. [Non si avranno, però, mai nella mania i risultati che col trattamento oppiaceo s'hanno nella melanconia (E. M.)].

La *morfina* per iniezioni sottocutanee riesce inefficace e, sotto certi rispetti, pericolosa.

I *bromuri*, anche se somministrati ad alta dose, non hanno che leggera azione sedativa: [intanto il meno efficace sembra quello di canfora, il più attivo quello di potassio (E. M.)]. Però riesce utile associare ad essi il *cloralio*. Questo ultimo medicamento, alla dose di 1, 2, 3 grammi, riesce un ipnotico prezioso pei maniaci, ma converrà esser molto prudenti nel suo uso, perchè, se prolungato, può avere azione nociva sul cuore [e provocare fenomeni di intossicazione lenta, di cloralismo (*a*) (E. M.)]. La *paraldeide*, il *sulfonale*, il *trionale*, il *cloralosio*, [l'*uretano*, l'*uralio*, il *tetronale*, la *cloralamide*, l'*esalgina*, l'*analgina*] riescono anch'essi utili [ma, per dir vero, non mai completamente] come il cloralio. [La paraldeide specialmente, che pel primo io introdussi in Psichiatria, non avrebbe le contro-indicazioni cardiache del cloralio, ma purtroppo si produce ben presto assuefazione (*b*) (E. M.)].

L'*iosciamina* fu creduta un potente sedativo dell'agitazione maniaca. Nelle donne, Schüle l'amministra dapprima alla dose di 5 milligrammi per poi arrivare progressivamente a 8 o 10 centigrammi; nell'uomo si può cominciare da 10 centigrammi ed arrivare a 20. Per averne qualche effetto, bisogna usare delle dosi relativamente alte. Ma anche questo medicamento non è scevro di pericoli: esso determina intorpidimento degli arti, raucedine, senso di costrizione alla faringe, dilatazione delle pupille spesso di lunga durata e, di più, debolezza del polso e cianosi del viso.

In Francia, Magnan propose l'uso della *joscina* per iniezioni sottocutanee. Egli usa una soluzione di 5 centigrammi di cloridrato di joscina in 25 grammi

---

(*a*) Il cloralio fu, a suo tempo, oggetto di pregievoli studii per opera di alienisti italiani, fra cui Zani, Michetti, Venanzio, ecc. (E. M.).

(*b*) Cfr. sulla paraldeide: Morselli, *Gazz. degli Osp.*, 1882, e *Atti Congr. med. di Modena*, 1882; Riggi, *Arch. per le mal. nerv.*, 1884. — Sul sulfonale: Lojacono, *La Psichiatria*, VI, 1888. — Sull'uralio: Tambroni e Stefani, ivi, VII, 1890. — Sul cloralosio: Morselli, *Boll. R. Accad. med. di Genova*, 1893, e Lombroso e Marro, *Giorn. R. Acc. med. di Torino*, 1893; Ferranini, *Rif. medica*, 1893; Massaro, *Il Pisani*, 1894; Cascella, *Ann. di Neurol.*, 1894. — Sull'esalgina: Ventra, *Man. mod.*, 1892.

di acqua, ed inietta una mezza siringa di Pravaz di questa soluzione, ovvero 1 milligrammo di joscina. Dopo l'iniezione, l'agitazione muscolare si calma, e, poco dopo, l'ammalato cade in un sonno poco profondo. L'uso della joscina è poco diffuso da noi, sia pella difficoltà che abbiamo in Francia di procurarci il preparato allo stato di purezza, sia anche pei pericoli inerenti ad essa. [In Italia ed in Germania, dove la josciamina, la joscina, la pseudojosciamina vennero largamente sperimentate coi preparati della Casa Merck, e dov'esse han dato luogo a numerosissime ricerche e pubblicazioni (*a*), si è ormai convinti che i danni e i pericoli del loro uso prevalgano sui vantaggi: per mio conto le prescrivo solo nelle circostanze urgenti in cui occorra calmare qualche agitato cronico (trasporto in Manicomii, viaggio, ecc.), ma le ho del tutto abolite nelle psicosi acute guaribili. E dico il medesimo della duboisina, che pure ha avuto or'è poco il suo momento di voga, come avviene a tutte le novità farmaceutiche (*b*). Senza dubbio questi preparati calmano, ma le modificazioni del polso che sempre bisogna sorvegliare, e le inattese intossicazioni anche con dosi leggerissime, dicono abbastanza a quale prezzo i loro effetti *sedativi* si ottengano (*c*) (E. M.)].

Le inalazioni di *bromuro di etile* diedero, in due casi, buoni risultati a Bourneville ed a Roux (1).

La *digitale* riesce qualche volta utile per regolarizzare l'azione del cuore quando è tumultuosa; l'*ergotina*, quando la mania si accompagna a veri fenomeni congestizii (*d*).

I *purganti*, non occorre dirlo, troveranno la loro indicazione ogniqualvolta si abbia costipazione o, come accade spesso in sul principio dell'affezione, quando la lingua è sporca. Converrà però riservarne l'uso pei casi nei quali il tubo digerente lo richieda e non ricorrervi per sistema, onde non correre il pericolo di fare una cura disadatta.

Bibliografia: A. Foville, art. "Manie", del *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*, 1875. — Mendel, Die Manie, Wien 1881. — Magnan, Leçons cliniques sur les maladies mentales, Parigi 1889, p. 379 e seguenti. — Conolly Norman, art. "Mania", in *Dictionnary of psychological Medecine*, di Hack Tuke, Londra 1892. — [Krafft-Ebing, Ueber Manie, Klin. Vortr. *Int. klin. Rundschau*, nn. 21-28, 1890. — Mac Pherson, in *Journal of mental Science*, 1891 (buona applicazione della psicologia spenceriana alla psicopatologia della mania e melancolia (E. M.)].

(*a*) Sulla josciamina, joscina e pseudojosciamina, veggasi: Seppilli e Guicciardi, *Riv. di Fren.*, 1882 e 1894; Sighicelli, *Manic. mod.*, VI, 1890. — Sulle loro controindicazioni, Mieth, Ueb. Hyoscin u. Hyosciamin in d. Psychiatrie; *Inaug.-Diss.*, Lipsia 1888.

(*b*) Sulla duboisina, cfr. Belmondo, *Riv. di Fren.*, XVII, 1892, p. 154; Selvatico, *Gazz. medica Prov. Ven.*, 1892; Venanzio, *Morgagni*, 1892; Mendel, *Neurol. Centralbl.*, 1893, n. 3; Marandon de Montyel, *Ann. méd.-psychol.*, 1893, XXVI, n. 79; Tambroni e Capelletti, *Manic. mod.*, IX, 1893.

(*c*) Notevoli sono i lavori nostrani intorno all'azione del cloralio, della paraldeide, duboisina, cloralamide, morfina, ecc. sul circolo cerebrale: questa parte della farmacologia sperimentale, da quando Angelo Mosso eseguì le sue celebri indagini grafiche, si può dire propriamente italiana (cfr. Brugia e Cappelli, in *Rif. medica*, 1886; De Sarlo e Bernardini, in *Riv. sper. di Fren.*, 1892; Capriati, in *Ann. di Neurologia*, 1893). Sono poi da citarsi, per le possibili applicazioni terapeutiche, le indagini sull'influenza che tali sostanze, a raffronto degli alcoolici e caffeici, esercitano sulla durata dei processi psichici, rapidità di percezione, di discernimento con scelta, d'associazione, ecc. Veggasi: Kraepelin, Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel, Jena 1892 (E. M.).

(1) Cfr. Roux, Thèse de Paris, 1882.

(*d*) [Sull'ergotina per iniezioni ipodermiche, nella mania e nel delirio acuto, veggasi Solivetti, in *Arch. ital. delle mal. nerv. e ment.* (Atti del III Congr. Fren.), 1881 (E. M.)].

[II.]

MALINCONIA

SINONIMIA: [*Mélancolie*, francese; *Melancholia*, inglese; *Melancholie*, *Melüna*, *Tiefsinn*, tedesco]: Lipemania (ESQUIROL); [Lyperophrenia, Lypothymia (VARII); Frenalgia (GUISLAIN); Tristomania (RUSH); Monomania concentrativa sentimentale (BONUCCI); Distimia (SCHÜLE, LEVINSTEIN-SCHLEGEL); Vesania typica legitima vera, stadium melancholicum (ARNDT) (E. M.)].

Definizione. — La malinconia è una psicosi che si manifesta ad accessi, talvolta uno solo, spesso poi recidivanti, capaci di guarigione completa o di passaggio a cronicità. Questi accessi sono caratterizzati da disturbi, alcuni dei quali sono costanti e fondamentali, altri invece secondarii ed incostanti benchè comuni: il fenomeno primordiale e costante è un *disturbo affettivo* o del *sentimento*. " In tutte le forme di quest'affezione, dice Griesinger (1), la lesione fondamentale consiste nell'esistenza morbosa di un'emozione spiacevole, depressiva che domina il soggetto, in uno stato di dolore morale ". Si tratta di un senso vago più o meno cosciente di oppressione, di ansietà, d'abbattimento, di tristezza, d'impotenza. Questo disturbo dell'affettività determina tardività dell'intelligenza e, nella sfera psico-motoria, lentezza dei movimenti e torpore della volontà. I disturbi secondarii dipendono dal lavorìo d'interpretazione delle modificazioni dell'affettività, al quale si abbandona involontariamente la coscienza dell'ammalato; esso consiste in idee, non giuste, di natura ipocondriaca od in idee di umiliazione, di colpevolezza o di rovina.

La malinconia è adunque una malattia della sensibilità morale, [iniziantesi con un'alterazione del tono sentimentale (E. M.)], e non diventa se non in via secondaria o episodica una malattia dell'intelligenza.

Quanto dicemmo basta per differenziare certi stati malinconici che per lungo tempo si confusero colla lipemania, mentre ne diversificano di molto; intendiamo dire di quelli dovuti ad un disordine primitivamente intellettuale o psico-sensoriale. Se per influenza di un'intossicazione quale l'alcoolismo, di una neurosi come l'isteria, un individuo è soggetto ad allucinazioni spaventose, o se per uno stato di degenerazione o per qualsiasi causa cade in un delirio di persecuzione oppure si crede dannato od ammalato, i disturbi allucinatorii o le idee deliranti determineranno in lui uno stato di tristezza passeggero o durevole. In questi casi la lipemania sarà secondaria e non primitiva; il lato affettivo dell'individuo non ne verrà colpito che in via consecutiva, ed avremo perciò a che fare con un *delirio melanconico*, non con una *malinconia* propriamente detta [o vesania tipica].

Di più, lo stato melanconico caratterizzato da un disturbo emotivo primordiale, indipendentemente da qualsiasi idea delirante o da qualsiasi disturbo psico-sensoriale, può osservarsi quale manifestazione sintomatica in varie affezioni mentali, ad esempio nella neurastenia, nella pazzia periodica, nella paralisi generale. Neppure questi *stati melanconici* secondarii non vanno confusi colla melanconia primitiva ed essenziale. La quale costituisce una forma

(1) GRIESINGER, Traité des maladies mentales. Traduz. franc. di Doumic, Parigi 1873, p. 248.

di psicosi autonoma, una " psico-neurosi „ [o " psicosi affettiva „], come la si chiama dai Tedeschi, e noi appunto tratteremo soltanto di essa in questo capitolo.

Storia. — La parola *melancolia* figura nella fraseologia medica fin dalla più remota antichità. Creandola, gli antichi cercarono esprimere le idee umorali da essi professate: secondo loro la malinconia dipendeva da annerimento della bile (μελας, nero; χολη, bile). L'espressione fece fortuna, ed abbiamo già detto con quale esattezza alcuni autori dei secoli passati, specialmente Areteo e Willis, descrissero dei sintomi di quest'affezione. Però essi ebbero il torto di dare a questa parola un doppio significato. La melanconia, per loro, era l'opposto della mania; ora, siccome il fatto preponderante nella mania è costituito dal carattere generale del delirio, così la parola malinconia serviva a designare non solo i delirii tristi, ma anche tutti i delirii parziali, fossero tristi od allegri. Questo era uno sbaglio che doveva necessariamente condurre a confusione. Esquirol lo comprese; e pertanto nell'accingersi a compilare quella descrizione di certi delirii parziali, che ancor ci rimane, credette necessario (ed a quei tempi era una vera necessità) di abolire nella nomenclatura un nome che si prestava a duplice interpretazione. Egli chiamò i delirii parziali *monomanie*, ed il delirio triste *lipemania:* nome che propose di sostituire alla parola *melanconia.* Questa denominazione, benchè accettata da varii autori [francesi e italiani] (Dagonet, Foville), non lo fu da tutti. Al presente [sotto l'influenza della psichiatria tedesca] si tende a ritornare all'espressione antica. Però non abbiamo più tema di incorrere nella confusione esistente ai tempi di Esquirol. Ora sappiamo, e Baillarger pel primo richiamò l'attenzione su questo punto, che nella malinconia il disturbo cerebrale non è meno generale che nella mania; d'altra parte, le monomanie furono abbastanza accuratamente studiate e bene classificate nei gruppi speciali che loro si convengono, perchè non abbiamo almeno a temere che vengano più scambiate sistematicamente coi delirii melanconici il cui elemento primo è costituito dalla depressione morale ed intellettuale. Non ci sembra quindi possibile alcun inconveniente col ritornare, insieme alla maggior parte degli autori, specialmente stranieri, alla denominazione antica, tradizionale, [usando indifferentemente in Italia i termini di malinconia, melanconia e melancolia (E. M.)].

Mentre da noi [in Francia] si cercava di separare, anche creando un neologismo, la melanconia dai delirii parziali, si cadeva in un errore opposto: si includevano, cioè, nella lipemania degli stati morbosi che Esquirol aveva con molto acume distinti, e che, sotto il nome di demenza acuta, di confusione mentale, di stupidità, continuavano a ragione ad essere separate dagli stranieri, [dai Tedeschi e dagli Italiani specialmente]. Vedremo nel capitolo seguente come nacque ed ebbe sviluppo questo ordine di idee.

La storia della malinconia ha indirettamente tratto profitto di tutti i progressi realizzati dalla psichiatria, dal principio di questo secolo in poi. La descrizione del delirio di persecuzione fatta da Lasègue nel 1852, i dati più precisi fornitici dai lavori di Morel, [di Krafft-Ebing, di Schüle] e di Magnan sui delirii di degenerazione, [la separazione delle forme periodiche dalle occasionali, la scoperta della neurastenia (E. M.)], ci consentirono di meglio delimitare il dominio di quest'affezione. Nello stesso tempo, le osservazioni di Guislain, di Griesinger, seguite da quelle di molti altri, misero in chiaro la parte preponderante dovuta ai disturbi affettivi nell'essenza e nello sviluppo della lipemania. Finalmente, i lavori di Cotard sul delirio di negazione

gettarono nuova luce su di un modo di svolgersi speciale delle malinconie [ansiose], che passano allo stato cronico.

[Frequenza. — La malinconia divide, con la mania, il primato numerico fra le forme acute di vesania. In Italia essa costituisce circa il sesto delle malattie mentali ammesse in cura nei Manicomii; ma se si pensa che moltissime melancolie passive o attonite sono curate in famiglia perchè non dànno luogo ai clamorosi fatti delle altre psicosi, tale rapporto è verosimilmente molto inferiore al vero. Alla fine del 1880 fra i pazzi ricoverati negli Asili italiani notavasi il 13,84 % di melancolici, con questa diversità fra le regioni che le più alte cifre erano date dal Piemonte (22,3 %), dalla Sardegna (18,7) e dal Lazio (16,6), le più basse dal Veneto (9,12 %) e Toscana (9,65). Un censimento ulteriore, quello del 1888, diede i seguenti risultati pei due sessi e per le due forme principali della vesania melancolica (Verga):

		Maschi	Femmine	Totale
Totale dei pazzi ricoverati. . .		11, 895	10, 529	22, 424
Melancolia (cifre assolute)	a) semplice	1390	1441	2831
	b) con stupore	224	216	440
Melancolia (proporz. %)	a) semplice	11, 69	13, 69	12, 63
	b) con stupore	1, 88	2, 05	1, 96

Questo prospetto offrirebbe una proporzione alquanto maggiore di melancolie fra le donne, ed un leggero decremento di tutte le pazzie depressive durante l'ottennio 1881-88, decremento non più verificato nel 1891. Notiamo un particolare degno di menzione: v'erano 330 alienati sitofobi; ora, la massima parte di essi, tranne nel Veneto ed Emilia dove infierisce la pellagra, doveva certo annoverarsi fra i lipemaniaci.

Riguardo agli altri paesi, citerò due soli dati numerici. Le forme melanconiche costituirebbero il 25% delle ammissioni nei Manicomii inglesi (uomini 21 %, donne 29 %); ma è probabile che tali cifre comprendano anche le paranoie ed altre psicosi con delirio depressivo. Però uno studio molto accurato del Farquharson (*a*) su 2881 casi di sole vesanie acute guaribili ammesse nell'Asilo della Contea di Cumberland durante il lungo periodo 1865-92, fornisce cifre non diseguali: mania 67 %; melancolia 25 %; demenza acuta 7,7 %. Fra gli alienati tedeschi, invece, la psicosi melancolica risulterebbe più frequente della maniaca soprattutto fra le donne. Lo Zinn (*b*) del manicomio di Brandeburgo, su 1122 nuovi ammessi durante il periodo 1877-83, avrebbe diagnosticato le seguenti forme:

	T.	U.	D.	Su 100 ammissioni	
Malinconia	302	105	197	U. 18, 32	D. 35, 88
Mania.	197	91	106	15, 88	17, 48
Psicosi secondarie . . .	387	184	203	32, 11	36, 97
Paralisi gen. progr. . .	147	133	14	23, 21	2, 55

È opportuno osservare che le diagnosi dell'alienista tedesco devono essere più esatte di quelle dell'inglese, sia perchè riguardano un periodo più vicino a noi, sia perchè il concetto nosologico odierno della mania, come a ragione

(*a*) Veggasi FARQUHARSON (analisi di 730 casi), in *Journal of mental Science*, gennaio 1894.

(*b*) Veggasi ZINN, in *Allg. Zeitsch. für Psychiatrie*, vol. L, 1894, 5°.

fu già avvertito dal Ballet (a pag. 82), ne ha ristretto i confini più che non ammettasi ancora in Inghilterra.

Tenendo conto delle solite diffidenze verso le statistiche fatte in epoche diverse, sembra intanto più che provato che i casi di pazzia depressiva vanno aumentando contro un proporzionato decremento delle forme espansive. E questo in tutti i paesi civili (E. MORSELLI)].

Sintomatologia. — A. **Prodromi.** — La malinconia può manifestarsi all'improvviso in seguito, ad esempio, ad un grave dispiacere o ad una viva emozione. Questo però non è il caso più comune. Il più spesso si hanno sintomi premonitorii; il soggetto diventa più impressionabile, si altera più facilmente e presenta una disposizione a dolersi di tutto, [soprattutto diventa pessimista (E. M.)]. Quando questi sintomi si aggravano, sempre più si rivela la tendenza ad una invincibile tristezza e ad una profonda depressione intellettuale. Contemporaneamente si ha cefalalgia, d'ordinario più tenace che intensa, ed insonnio ostinato, [che è, per Werner, un prodromo sicuro]. La nutrizione si compie male, la lingua è impaniata, la digestione difficile e gli ammalati dimagrano. Questi varii disturbi, abbastanza leggeri in sul principio tanto da essere appena notati, ma che più tardi fanno soltanto sospettare una semplice indisposizione senza importanza, finiscono coll'imporre dei gravi dubbii, che, cioè, siano prodromici di una seria malattia. [La durata dei prodromi è varia: può essere di pochi giorni come di parecchie settimane. Quando la melancolia sussegue ad un patema morale depressivo, risulta spesso impossibile determinare il momento di passaggio dallo stato passionale al vesanico (E. M.)].

B. **Aspetto del malinconico.** — A ragione si contrappone il tipo del malinconico a quello del maniaco. Questi è eccitato, loquacissimo, agitato nei movimenti; quegli, invece, col suo viso triste e accigliato presenta l'aspetto, la fisionomia, l'atteggiamento di un ammalato scoraggiato ed indebolito. Mentre la faccia del maniaco è animata, mobile ed esprime piuttosto il contento, quella del malinconico colla sua immobilità assoluta o relativa dinota la sofferenza e persino la disperazione. Parlando poco ed a bassa voce, non rispondendo che lentamente e con stento alle domande che gli si rivolgono, il melanconico si tiene in disparte dagli altri, coll'atteggiamento passivo di un rassegnato. Anche quando è ansioso e pare si decida ad esprimere per mezzo della parola o della mimica il suo dolore interno, pure la sua agitazione è leggera, ed il suo linguaggio monotono, benchè prolisso, si riferisce sempre agli stessi pensieri tristi ed alle stesse idee assedianti, [o fissazioni]. Il contrasto fra questi due tipi è, per quanto è possibile, completo.

C. **Analisi dei sintomi.** — 1. *Disturbo fondamentale, sentimento di tristezza e d'impotenza.* — Il disturbo fondamentale di ogni stato melanconico è, come dicemmo, di ordine affettivo. Si tratta di una modificazione dello stato cenestetico che si rivela [con depressione del tono generale della vita affettiva, e pertanto (E. M.)] con un *sentimento di tristezza* invincibile e di notevole *impotenza.*

La nostra individualità psichica si foggia a seconda delle serie di sensazioni interne provenienti dai varii organi, dai digerenti, respiratorii, circolatorii, ecc. L'insieme di queste sensazioni costituisce ciò che si chiama stato *cenestetico* [o cenestesi]. Ora, a questo stato cenestetico sono subordinati i sentimenti, le tendenze, le aspirazioni, le passioni che costituiscono gli elementi

della vita affettiva. Se esso viene alterato, la nostra personalità ne verrà immediatamente modificata. Ed è quanto succede nella malinconia: a base di quest'affezione troviamo sempre un'alterazione dello stato cenestetico.

I due sentimenti coi quali essa si manifesta, tristezza ed impotenza, si corrispondono l'un l'altro; come Féré ha chiaramente dimostrato, " la sensazione di dispiacere si risolve in una sensazione d'impotenza „ (*a*). A questo duplice sentimento vanno riferiti i fenomeni secondarii che, per così dire, ne costituiscono i varii aspetti. Nel malinconico le sensazioni interne sembrano impotenti a destare i varî stati emotivi, donde una specie di *malcontento* generale, ed una *indifferenza* notevole per le persone e per le cose, verso le quali, allo stato normale, le sue tendenze, le sue affezioni ed i suoi gusti trascinavano maggiormente l'ammalato; quest'indifferenza però è affatto passiva, fatale, come lo è il sentimento e come la sensazione di cui il malinconico si affligge e si lamenta. Parallelamente si ha *incapacità a volere e ad agire*, come se lo stimolo dell'attività normale fosse venuto a mancare. Quest'incapacità si traduce nella sfera dell'attività intellettuale con lentezza delle funzioni cerebrali e con uno stato di depressione profonda: l'associazione delle idee è meno facile, la memoria, pur essendo conservata, è meno viva e pronta; il rievocare ed il ricordare le antiche sensazioni depositate nella memoria più non è agevole come pel passato.

Cotard (1) dimostrò [a tale proposito] che alcuni pazzi malinconici perdono la *visione mentale* [cioè interiore]. È noto come questa facoltà consista nella rappresentazione mentale delle impressioni visive da tempo percepite: molto sviluppata in alcuni individui (specialmente nei pittori ed, in generale, nelle persone del tipo visivo) (2), essa, per contro, è in altri pochissimo manifesta. Allo stato patologico, e specialmente nell'eccitazione maniaca, in certi allucinati come già dicemmo, essa può diventare notevolissima. Per contro, si hanno casi nei quali essa viene alterata od anche abolita: Charcot ne osservò un caso importantissimo. Orbene, nella malinconia tale particolarità si osserva di frequente. Che anzi Cotard si domandava se per avventura non dovessero riferirsi ad una diminuzione di questa facoltà i disturbi accusati da certi malinconici, i quali si lagnano di non vedere più gli oggetti che confusamente, di non esser più capaci di distinguerli e che si credono separati dall'immagine reale come da un velo. Quest'interpretazione è ragionevolissima, [ma però conviene anche tener conto dell'astenopia muscolare, che è assai frequente nei melancolici, e loro impedisce, ad esempio, di leggere al di là di poche righe e spesso di poche parole o sillabe (E. M.)]. Non possiamo, invece, condividere l'opinione dello stesso autore quando tende ad ammettere che l'alterazione dei sentimenti affettivi nella malinconia potrebbe riferirsi ad un disturbo della visione psichica. Qualche caso che avemmo opportunità di studiare, ci impedisce di essere di quest'avviso.

[Più caratteristica della depressione melancolica è la lentezza d'ogni atto percettivo e appercettivo, quale si manifesta nelle indagini psicometriche con un notevole allungamento del tempo fisiologico di reazione, e specialmente del tempo di percezione semplice. Non solo gli stimoli acustici e visivi vengono percepiti più tardi dal melancolico e dall'ipocondriaco (Obersteiner,

---

(*a*) [Cfr. Féré Ch., Sensation et Mouvement, Parigi 1887 (E. M.)].

(1) Cotard, *Arch. de Neurologie*, maggio 1884.

(2) Per i particolari al riguardo vedasi: G. Ballet, Le langage intérieur et les formes cliniques de l'aphasie, F. Alcan, 2ª edizione, Parigi 1886. [Cfr. Bernard, L'Aphasie, 2ª edizione, Parigi 1894; Saint-Paul, Étude sur le langage intérieur, Parigi-Lione 1893 (E. M.)].

Buccola, Bevan Lewis, ecc.), ma anche l'apprezzamento distintivo della sensazione di luogo si mostra più stentato, e lo stento è il massimo che si possa trovare nei pazzi suscettibili dell'esame estesiometrico (Tambroni e Algeri). Nella melancolia grave, ansiosa o stupida, s'intende che la psicometria neppur più è possibile in causa della condizione morbosa della coscienza (E. Morselli)].

Fig. 22. — Malinconica.

I disturbi affettivi, volitivi ed intellettuali dei quali abbiamo fino ad ora parlato, hanno per immediata ed ordinaria conseguenza un insieme di disturbi funzionali e di modificazioni nell'atteggiamento del corpo e nell'espressione della fisionomia, le quali hanno da porsi in prima linea fra i sintomi obiettivi dell'affezione.

La tristezza patologica si accompagna a sintomi analoghi a quelli che si osservano attenuati negli stati di tristezza fisiologica. Il *senso di peso* al capo, l'insonnio che è comune a riscontrarsi e molto ribelle, l'*anoressia* che generalmente si osserva in sull'inizio dell'affezione, possono in certo qual modo essere ad essa attribuiti. La fisionomia dell'ammalato assume un'espressione tipica: i *tratti del viso* esprimono la sofferenza interna che accascia questi ammalati, essi sono rigidi ed immobili. La testa è tenuta abbassata, gli occhi coperti dalla palpebra superiore sono volti a terra (a) (fig. 22). Altre volte i muscoli sono in uno stato di tensione convulsiva ed in permanente contrattura. [In molti melancolici si nota tremore ondulatorio muscolare, ad oscillazioni rare, lente, monotone per ritmo ed altezza (Cristiani) (E. M.)]. Le sovracciglia sono corrugate e, côme può vedersi nella figura 29, le pieghe formatesi alla radice del naso pella contrazione dei muscoli frontali ricordano lontanamente la figura di un omega greco. E, di fatti, le si chiamarono l'*omega malinconico* [o " segno di Schüle „, che lo descrisse assai minutamente].

Il portamento dell'ammalato corrisponde perfettamente all'espressione della fisionomia. Egli parla poco ed a bassa voce; si è quasi obbligati a strappargli una qualche risposta alle domande che gli si rivolgono. Ve ne hanno di quelli, e questo caso non è raro, che non parlano affatto e si chiudono in un assoluto mutismo. Per contro, certi melancolici ansiosi sono piuttosto agitati: si lamentano continuamente e raccontano a quanti più possono le loro sofferenze e le loro angoscie, sono irrequieti, gridano e fanno gesti di disperazione. Nei primi il dolore è concentrato ed interno, nei secondi comunicativo ed espansivo.

Il senso di *impotenza* che corrisponde a quello di tristezza, si tradisce in

(a) [Per la fisonomia, veggasi Tebaldi, loc. cit.].

tutti i movimenti. I quali si effettuano con una straordinaria lentezza: l'ammalato pare stenti a contrarre i suoi muscoli ed a muovere gli arti che gli sono pesanti; l'andatura è esitante, i piedi pare si sollevino con difficoltà dal suolo (*a*). Lo sforzo espiratorio necessario per la parola sembra superiore alle forze dell'ammalato; la cui voce, come dicemmo, è debole, bassa, qualche volta spenta (*b*): la parola è esitante, monotona, rara e faticosa [“*bradifrasia*„ e *bradilalia* del Kussmaul].

Si capisce come in un tale stato mentale gli atti più semplici della vita giornaliera riescano penosi e difficili. Così gli ammalati trascurano fin sè stessi e non hanno più alcuna cura della loro persona. Perchè si puliscano e si vestano hanno bisogno di essere stimolati; abbandonati a sè hanno tendenza ad immobilizzarsi nel letto o su di una poltrona.

2. *Idee deliranti.* — I fenomeni, dei quali abbiamo parlato, costituiscono i sintomi psichici fondamentali di qualsiasi stato melanconico. Li si osservano sempre più o meno accusati, e possono costituire da soli tutto il disordine mentale. Ma, nella maggioranza dei casi, si complicano ad idee deliranti, le quali sono il risultato di un tentativo di spiegazione che l'ammalato fa inconsciamente per darsi ragione dello stato penoso nel quale si trova immerso. [Questa spiegazione, accettata da prima come allegorica, diventa poi un delirio confermato, che si conserva in certi infermi passati a cronicità per puro verbalismo formale, perdendo cioè il suo carattere emotivo (E. M.)].

Riguardo alla loro natura, codeste idee sono di tre specie: 1° idee di *colpevolezza;* 2° idee di *rovina*; 3° idee *ipocondriache.*

Gli ammalati si rimproverano di trascurare i loro affari, di non aver cura della casa, di lasciare andare a male la loro fortuna e quella dei loro figliuoli, di non avere più affetto per la famiglia, di comprometterne gli interessi o l'onore; si accusano di aver mancato ai loro doveri religiosi, d'aver commesso dei sacrilegii, di esser colpevoli di falli imperdonabili o di delitti ripugnanti; essi si giudicano indegni, si credono grandi peccatori; Iddio non può perdonarli e sono condannati alla dannazione ed all'inferno; saranno giudicati, condannati, condotti al supplizio (*c*).

Altri credono di essere rovinati; non hanno più alcuna risorsa, difettano di vesti e di pane, la loro famiglia è ridotta alla più squallida miseria; [tutto sarà loro sequestrato; i figli moriranno di fame e di stenti, ecc.].

(*a*) [Si può con la grafica tradurre in curve molto espressive questa ipobulia e abulia del melancolico. Andriani e Sgobbo (v. *La Psichiatria*, VII, 1889, p. 252) hanno dimostrato con accurate indagini che l'incesso del melancolico e dello stupido è, dopo quello del paralitico e del demente grave, il più lontano dalla norma: il che era, però, facilmente prevedibile guardando solo a camminare uno di questi infermi. Sulle distasie e disbasie psicopatiche, cfr. Blocq, I disturbi dell'andatura nelle mal. nervose (*Bibl. Charcot-Debove*, trad. ital. per cura dell'Unione Tip.-Editrice) e Morselli, Man. di Semejotica, ecc., vol. II, pagg. 210-228 (E. Morselli)].

(*b*) [Sulle alterazioni della voce nelle malattie mentali, in relazione con lo stato psichico, più propriamente con l'emotivo, veggasi un mio articolo, nel *Bollettino delle malattie dell'orecchio, gola e naso*, XI, 1893, n. 11 (E. M.)].

(*c*) [Non bisogna credere che sempre le colpe di cui si accusa un melancolico siano *immaginarie.* Il Kraussold (Melancholie und Schuld, psychol. u. psych. Betrachtungen, Stuttgart 1884) ci aveva già messi in sull'avviso, segnalando esempii di auto-rimproveri fondati su avvenimenti reali, ed ai casi suoi potrei aggiungerne altri a me occorsi, per due dei quali mi trovai in grave impiccio con un marito e con una moglie gelosi! E invero sono particolarmente le colpe sessuali quelle in cui risulta sommamente difficile distinguere il vero dal falso nei rimorsi di un melancolico e nelle accuse di un'isterica (E. Morselli)].

In casi meno frequenti dominano la scena le idee ipocondriache. Il melanconico si lagna di non poter inghiottire, crede di avere un corpo estraneo in faringe; il suo stomaco è pieno, non può più digerire gli alimenti e neppure accoglierli; egli accusa palpitazioni moleste, una malattia di cuore, o teme l'apoplessia; la sua fisionomia è impietrita, gli occhi fuori della testa; accusa senso di bruciore lungo le vie urinarie, dei crepiti anormali in corrispondenza delle articolazioni, [soprattutto al collo nell'atto di muovere la testa (E. M.)], senso di tumefazione in varie parti del corpo: egli è spacciato, dovrà senz'altro morire.

Le idee di *persecuzione* non sono comuni nella sintomatologia della malinconia. Si dànno molti casi nei quali gli ammalati attribuiscono al mondo esterno i malanni e le disgrazie cui sono soggetti; ma, come fecero notare Schüle e, dopo di lui, Séglas, se il melanconico soffre per opera di altri, ciò succede perchè si è messo nelle loro mani spontaneamente; se lo si odia, è perchè egli è uno sciagurato. Senza dubbio, qui abbiamo un individuo in preda a delirio di persecuzione, ma è un perseguitato che accusa sè stesso prima di accusare gli altri. Si avvicina per tal modo a certi degenerati affetti da delirio persecutorio, con deformità degli organi genitali o con abitudini viziate, da noi [G. Ballet] di recente descritti sotto il nome di *deliranti di persecuzione auto-accusatori*, dei quali poi riparleremo.

D'altra parte, qualunque voglia essere la natura delle idee deliranti, esse assumono dei caratteri comuni messi in chiaro specialmente da Séglas; *a*) Il delirio è sempre *secondario:* esso tiene dietro ad un disturbo emotivo e ne costituisce una spiegazione delirante, [un'allegorizzazione (E. M.)]; *b*) Esso è *penoso* e *monotono; c*) Esso è *degradante;* l'ammalato accusa sempre sè stesso, anche, come già dicemmo, quando arriva ad accusare gli altri; *d*) Il melanconico è sempre un essere *passivo* e *rassegnato; e*) La spiegazione che esso dà delle sue idee erronee, è *retrospettiva*; egli, ad esempio, riterrà causa della sua penosa condizione una comunione mal fatta all'età di dodici anni; *f*) Da ultimo, il delirio è un delirio di *aspettazione;* il lipemaniaco vive nella continua apprensione di una disgrazia che deve incoglierlo; esso sarà maledetto; dovrà essere ucciso, ecc. Come giustamente dice Lasègue, mentre il perseguitato è un condannato, il malinconico è un imputato.

3. *Disturbi della sensibilità. Allucinazioni ed illusioni.* — Nella malinconia si hanno di frequente disturbi di sensibilità, [e soprattutto ottundimento o mancanza nella proporzione del 35 % (Roncoroni) (E. M.)]. L'*analgesia* più o meno completa è abbastanza comune; spesso possiamo pizzicare, pungere gli ammalati senza che essi accusino il minimo dolore. Quest'analgesia dà la ragione del perchè i malinconici si sottopongano talvolta ad *auto-mutilazioni*, [le quali spesso hanno un significato simbolico rispetto al delirio, portandosi sugli organi genitali, sugli occhi, sulla lingua.

Tutte le indagini estesiometriche traducono bene in cifre questa diminuzione di sensibilità: per es. al dorso delle mani col compasso di Weber si trovano 12,5-14 mm., alla nuca 16-20; alla punta dell'indice destro 2,82, del sinistro 3,15: col faradireometro si constata una ottusità notevole dell'algoestesia elettrica, superata appena da quella degli epilettici e pazzi morali (Lombroso, Roncoroni, ecc.). Alcuni hanno ottuse fino a 3, 4 e 5 forme di sensibilità, la dolorifica, la tattile, la muscolare, la visiva, la gustativa, la olfattiva, ecc. L'ipogeusia e l'ageusia, l'iposmia e l'anosmia si combinano, insomma, colla termoipoestesia, coll'analgesia, con l'anestesia kinestetica, e tutti insieme tali

disturbi di sensibilità non sono che la espressione del profondo perturbamento della cenestesi (*a*) (E. Morselli)].

Anche la sensibilità delle mucose può essere attutita come quella della pelle; così certi ammalati ingoiano dei corpi estranei angolosi ed irritanti senza provare senso di pena. [Vero è che il più spesso lo fanno a scopo di mortificazione o di suicidio (E. M.)]. In alcuni si riscontra anestesia muscolare, e perciò senza sforzo o fatica mettono [e mantengono per lungo tempo] i loro arti nelle posizioni le più strane, [il che sembra essere soprattutto una caratteristica dei melancolici sofferenti di allucinazioni verbali acustiche o psicomotorie.

I *riflessi* dei melancolici sarebbero, secondo Seppilli, meno spesso distinti che nei maniaci (47 %). Agostini li trova invece tutti normali nelle forme melancoliche semplici; più deboli i cutanei e i mucosi, pronti e talvolta esagerati i tendinei, nelle forme agitate; conservati e vivaci, contro alle apparenze, nelle stupide (E. M.)].

Talvolta, per contro, si ha iperestesia [ed iperalgesia]: le impressioni esterne riescono moleste o dolorose [sino al punto da causare veri stati tetanoidi (E. M.)], oppure intervengono nevralgie specialmente degli intercostali, del trigemino e dell'occipitale. [Secondo Lander Carton, una stimmate quasi mai assente nella melancolia sarebbe un certo senso doloroso alla nuca (E. M.)]. Si è appunto a fenomeni di questa specie, il cui punto di partenza risiede nei varii visceri (utero, addome, cuore, faringe), che con tutta probabilità debbono essere riferite certe idee ipocondriache o manifestazioni ansiose. [Sarebbevi, insomma, una iperestesia della cenestesi, in quanto impressioni organiche, ordinariamente incoscienti, penetrerebbero nel campo della coscienza (E. M.)].

Nelle forme gravi di malinconia non sono rare le *illusioni;* per lo meno le varie impressioni sensoriali risvegliano facilmente delle idee, che sono in rapporto colla disposizione mentale del soggetto. Un rumore consueto, un grido, un fischio sono tutti interpretati nel senso del delirio; sono percepiti quali il segnale del prossimo supplizio, quali il rumore di un patibolo che si sta innalzando, quali le grida dei figli o dei parenti che vengono sgozzati. Lo stesso dicasi delle parole udite: esse esprimono loro il disprezzo, l'insulto, la minaccia. Non potremmo affermare con sicurezza se si debbano considerare come vere allucinazioni o semplici illusioni le false sensazioni gustative od olfattive che così spesso si osservano; gli ammalati si lagnano di avere in bocca il gusto di sostanze tossiche, dicono di sentire odori di zolfo o di cadavere, ecc. La stessa difficoltà esiste per le sensazioni visive: le allucinazioni di questa specie, se tali sono (1), sono molto comuni: si tratta di forme vaghe, di striscie di fuoco che attraversano l'oscurità, di immagini fantastiche. In alcuni casi sono più nette: i melanconici vedono degli animali spaventosi, dei diavoli neri, [fiamme, sangue, spettacoli raccapricciantì come lo sgozzamento dei loro figli, case cadenti per terremoto, ecc. (E. M.)].

Non è raro osservare ne' melancolici quella varietà di fenomeni psico-motorî che passano sotto il nome di impulsi verbali e che costituiscono poi il punto di partenza di vere allucinazioni (allucinazioni *verbali* o *psicomotorie*, [più propriamente " verbo-motorie " (E. M.)]. Alcuni autori (Séglas, [Tamburini, Morselli, Pieraccini]), ritengono le allucinazioni di questo genere molto più

(*a*) Cfr. specialmente il mio *Manuale di Sem.*, vol. I, e Roncoroni, in *Giorn. R. Accad. medica di Torino*, 1891, e in *Arch. di Psich., Sc. pen. e Antrop. crim.*, XIV, 1892.

(1) Revertegat, Contribution à l'étude clinique des hallucinations dans la mélancolie; Tesi di Parigi, dicembre 1893.

frequenti di quanto si crede. È noto in che cosa esse consistano (*a*). Allo stato normale, quando pensiamo, noi *parliamo* più o meno mentalmente il nostro pensiero [Stricker]: se questa parola mentale diventa più viva, si estrinseca e si accompagna a movimenti della lingua e delle labbra. Questo fenomeno è comune ad osservarsi nella melanconia, nella quale la conversazione mentale, [per eccitamento del processo endofasico], è fatto frequente. Gli ammalati parlano loro malgrado e " dicono cose che non vorrebbero dire ". Essi trovansi così naturalmente costretti ad ammettere che si parla con la loro bocca, che si rubano loro i pensieri, e tale convinzione li conduce per naturale inclinazione [o, meglio, per un vero processo logico di allegorizzazione (E. M.)], all'idea di essere posseduti, specialmente dal diavolo: idea comune in certe forme di melanconia (melanconia ansiosa).

[In rari casi le allucinazioni, massime le uditive, assai meno le visive, sono unilaterali (Michéa, Régis, Raggi, Seppilli), e allora si può supporre che dipendano da una lesione dei sensi da un lato solo, tanto è vero che l'esame degli apparati sensorii ve l'ha spesso rivelata (perforazione del timpano, otite media, corpi fluttuanti nel vitreo, ecc.). Seppilli rileva che prevalgono dal lato sinistro (*b*). Vi è anche l'eventualità assai più rara delle allucinazioni bilaterali o sdoppiate (una voce benevola a destra ed una offensiva a sinistra; in un caso eccezionale di Hammond visione di un uomo coll'occhio destro, di una donna col sinistro). Taluno sostiene che si tratti di sdoppiamento funzionale dei due emisferi cerebrali (?, Luys, Magnan, ecc.), non riflettendo che i fatti di coscienza non sono mai simultanei e che, per quanto rapida sia la loro successione, qui si ha soltanto un esempio delle tante associazioni di contrasto che son così frequenti nella patologia mentale (*c*). D'altra parte, ben dice Pieraccini, che conviene tener conto dei fenomeni di auto-suggestione: egli (*d*) non altrimenti spiega il fatto che certi allucinati visivi fanno scomparire le loro visioni chiudendo un solo occhio (E. Morselli)].

4. *Atti*. — Abbiamo già detto che l'atteggiamento generale dei melanconici è quello di persone rassegnate o piagnuccolose: generalmente, questi ammalati non riescono affatto pericolosi pegli altri. Se ne citano di quelli che commisero degli omicidî col solo scopo di espiare sul patibolo i loro peccati immaginari: fortunatamente, però, questi casi non costituiscono che curiose e rare eccezioni (*e*). Si parla anche di lipemaniaci religiosi che sacrificarono, ad esempio, i loro figli per assicurare loro il paradiso; a noi però non sembra dimostrato che in questi casi si tratti di vera malinconia, [per lo

---

(*a*) [Cfr. Séglas, Les troubles du langage, etc. Parigi 1892 (vi sono riassunti i precedenti lavori dell'A. sullo stesso argomento) — Tamburini, Sulle allucinazioni motorie, in *Riv. sper. di Fren.*, vol. XV, 1889 — Pieraccini, in *Riv. sper. di Fren.*, vol. XIX, 1893, p. 91, e *Manic. mod.*, IX, 1893, p. 51-122 — Morselli, Manuale, vol. II, § 91, p. 364-384 (E. M.)].

(*b*) Cfr. Régis, *Encéphale*, 1881; Raggi, *Ann. univ. di Med.*, 1888; Seppilli, *Riv. di Fren.*, XVI, 1890, p. 82.

(*c*) Cfr. un bellissimo e recentissimo lavoro di De Sanctis, I fenomeni di contrasto in psicologia; *Atti Soc. antropologica romana*, 1895.

(*d*) Pieraccini, Un fenomeno non ancora descritto nelle allucinazioni visive, ivi, XVIII, 1892, p. 287 (E. M.).

(*e*) [Il Marc nella sua celebre opera: De la folie dans ses rapports judiciaires, etc. (Parigi 1838) ne riporta varii esempii. Fra i nostri alienisti se ne occupò Carlo Livi, con inimitabile eleganza, nella sua: Frenologia forense, Milano 1874-75 (estr. dall'*Arch. ital. per le mal. nerv. e ment.*). Cfr. pure: Blanche, Des homicides commis par les aliénés, Parigi 1878; Lombroso, L'Uomo delinquente, vol. I, 4ª ediz., e vol. II, 1889 (E. M.)].

meno si ascrissero a tale vesania numerosi casi di paranoici perseguitati o mistici, resisi rei di delitti di sangue in rapporto col loro delirio (E. M.)]. I melanconici sono, per contro, molto pericolosi per sè stessi, cioè per la loro esistenza e debbono essere rigorosamente e continuamente sorvegliati.

Di frequente capita vederli rifiutare gli alimenti [(" sitofobia ")]. Se si ostinano a non mangiare, ciò succede perchè si credono rovinati, incapaci a pagare il loro sostentamento, o perchè si credono indegni e dicono di meritare la morte; più di rado pare abbiano timori di avvelenamento. Talvolta si mostrano soltanto indifferenti ai loro pasti e, per mangiare, aspettano ad esservi spinti; altre volte, alle più premurose sollecitazioni oppongono una ostinatissima resistenza e tale da costringere a ricorrere alla sonda. Alcuni di questi ammalati si precipitano sulle materie fecali e le mangiano con avidità. Questa *coprofagia* è più sovente dovuta ad idee deliranti che a semplice pervertimento del gusto. Talvolta può spiegarsi col desiderio che ha l'ammalato di far penitenza e di espiare i suoi peccati, tal'altra coll'idea di ricuperare in tal modo le forze che la defecazione a lui pare gli tolga, o perchè teme di esporsi a gravi pericoli ove non faccia scomparire le sue materie fecali (*a*).

La tendenza alle auto-mutilazioni ed al suicidio è quasi di regola nei melanconici. Vi entrano per una specie d'impulso: alcune volte invece tali atti sembrano ragionati e voluti [deliberati]. In tali casi tentano di precipitarsi dalla finestra, di strangolarsi, più di rado di avvelenarsi o di ferirsi con un'arma da fuoco o da taglio. Il *suicidio* deve temersi non solo nel periodo acuto della malattia, ma anche quando l'ammalato migliora e pare in convalescenza non deve essere perduto di vista: il ritorno improvviso d'idee tristi o di impulsi patologici può far sorgere il pericolo quando men lo si aspetta. Non possiamo essere sicuri del nostro ammalato che quando è passato a guarigione completa.

[I suicidî dei melancolici, secondo le mie ricerche (*b*), costituiscono circa i *sei decimi* del totale delle morti volontarie effettuate da alienati, almeno a giudicarne dalle statistiche molto ben fatte di Sassonia e Prussia. D'altra parte, ho pure dimostrato che gli stati psicopatici rappresentano *più di un terzo* e in alcuni paesi persino *due quinti* e quasi la *metà* dei motivi individuali che determinano al suicidio. Generalmente i suicidî degli alienati si distinguono per i seguenti caratteri: modo crudele ed eccentrico di morte; reiterazione dei tentativi; moltiplicità delle ferite; impulsività (*raptus*); dissimulazione della tendenza con un'accortezza spesso ammirabile; sproporzione fra causa ed effetto; sragionevolezza dell'atto, consistente in ciò che l'ammalato, massime se melancolico, ha una vera angoscia all'immagine della morte (*tanatofobia*), eppure è assediato dall'idea di compierla. E probabile che questa impulsività cosciente sia d'origine degenerativa (E. Morselli)].

5. *Disturbi organici.* — Nella malinconia le *funzioni digerenti* sono sempre alterate. Le labbra e le gengive sono talvolta secche e fuliginose; la lingua è ordinariamente bianca, impaniata, coperta da una patina saburrale; la saliva è scarsa, densa e vischiosa; l'alito acre, fetido. Questi sintomi dinotano che

(*a*) [Un buon lavoro su questi pervertimenti dell'istinto di nutrizione, che del resto spesseggiano nel campo psichiatrico, è quello del Dr. Belmondo, in *Riv. sper. di Fren.*, XIV, 1888, p. 1 (E. M.)].

(*b*) Cfr. Morselli E., Il suicidio. Saggio di statistica morale comparata (" Bibl. scien. internazionale "). Milano, Dumolard, 1879, (trad. ingl., Londra, Kegan Paul a. C°. 1881; trad. amer., New-York, Appleton, 1881: trad. ted., Lipsia, Brockhaus, 1881); — Le leggi statistiche del suicidio, in *Giorn. R. Società d'Igiene*, 1883. — Veggasi anche Nicoulau, Thanatophobie et suicide; *Ann. méd.-psych.*, XV, 7ª serie, 1892 (E. M.).

lo stomaco e l'intestino funzionano male. Le ricerche intese a studiare lo stato della secrezione stomacale (Noorden, Pachoud, Leubuscher e Ziehen) non condussero che a risultati contradittorî (1). Si trovò talvolta acidità normale, tal'altra ipocloridria, tal'altra ancora ipercloridia. [La saliva, ad ogni modo, è certamente dotata, massime nei melancolici scialorroici, di un alto potere diastasico (Cristiani), e il succo gastrico, opportunamente sperimentato negli animali, rivela un'azione tossica più forte che a condizioni normali, massime nei melancolici sitofobi (Masetti) (*a*) (E. M.)].

La *stipsi* è la regola, ed è stipsi ribelle e ostinata che spesso è resistente ai purganti più energici. Pare che essa ripeta parecchie cause: l'atonia delle pareti intestinali, la diminuzione delle secrezioni intestinali, [non che forse una speciale alterazione ancor poco nota della secrezione biliare (Riva)]; talvolta è anche aggravata dalle idee deliranti degli ammalati che resistono allo stimolo della defecazione, pel timore, accondiscendendo, di fare peccato.

Le *urine* sono generalmente scarse e dense, [spesso ricche di cilindri jalini e anche granulosi (Vassale e Chiozzi)]. La maggior parte delle ricerche sperimentali fatte per stabilirne il grado di tossicità sono concordi, e tendono a provare che le urine dei lipemaniaci sono molto più tossiche delle normali (Chevallier-Lavaure, Mairet e Bosc, Baeck e Slosse, Brugia, Ballet e Roubinowitsch). [Iniettate negli animali, provocherebbero, secondo Brugia, abbattimento, sonnolenza, coma, paralisi flaccida delle estremità, aritmia di polso e respiro, miosi, perdita delle urine, notevole ipotermia (E. M.)]. Questa ipertossicità può soltanto per una parte essere attribuita alle leucomaine, che l'analisi chimica fa rilevare nelle urine di certi lipemaniaci. Difatti, in alcune si trovano alcaloidi molto tossici, ma in altre di tali composti affatto indifferenti. Questo almeno risulta dalle ricerche che io ho fatto insieme a Bordas (2). Conviene quindi ricorrere a qualche altro elemento e non alle leucomaine, per spiegare la tossicità, a quanto pare, sempre aumentata delle urine dei melanconici. Su questo argomento difettiamo ancora di buoni studi. Nulla autorizza ad ascriverla all'albumina, allo zucchero, all'acido ossalico, all'acetone che alcuni autori (Cadziacki, Adler, Marro, Cristiani, ecc.) hanno trovato in varie forme di malattia e casualmente anche nella lipemania. Del resto, indipendentemente dai principii anormali che l'analisi chimica ci dimostra in tali urine, vi troviamo i normali in proporzioni differenti dalle fisiologiche. Mairet dimostrò un aumento notevole dei fosfati terrosi e diminuzione dell'azoto e dei fosfati alcalini; [Mendel, Marro, Cristiani videro diminuzione dell'urea e del fosforo nella lipemania passiva, aumento nell'agitata; e Rossi E. trovò notevolmente diminuito l'acido solforico totale o combinato in tutte le psicosi depressive (*b*) (E. M.)]. Altri autori ([Marzocchi], Mabille e Lallemand) trovarono aumento dell'acido urico. Questi studi, per quanto interessanti, richiedono riconferma, avendo cura di non studiare, per farne confronto, che casi clinicamente identici. Del resto, non basta aver dimostrato in modo irrefutabile l'ipertossicità delle urine dei melanconici e di avere stabilita la natura degli agenti tossici: bisogna anche precisare l'origine di questi ultimi, in modo da

---

(1) Leubuscher e Ziehen, [Klin. Unters. üb. die Salzsäureausscheidung des Magens bei Geisteskranken, Jena 1892 (E. M.)], in *Neurol. Centralblatt.*, 1892 [n. 9].

(*a*) [Cfr. Masetti, loc. cit.; *Riv. di Fren.*, 1894].

(2) Sulle urine dei melancolici si confronti: Compte-rendu du Congrès des médecins aliénistes tenu à la Rochelle en 1893.

(*b*) [Rispetto ai lavori italiani, sono generalmente i medesimi già citati al capitolo della " Mania „. Cfr. spec. Marro e Rossi Enrico, in *Annali di Freniatria e Scienze affini*, Torino 1890-1893 (E. M.)].

poter sapere se essi sono causa od effetto del disturbo mentale. In questo indirizzo il campo delle ricerche è ancora vergine. Noi però siamo d'avviso che gli elementi nocivi delle urine dei lipemaniaci provengano in gran parte da fermentazioni gastro-intestinali. Difatti le urine sembrano tanto più tossiche, quanto più pronunciati sono i disturbi digestivi. [Lo stesso dicasi del sangue (D'Abundo)]. Il buon risultato che si ottiene dalla disinfezione intestinale e dalle lavature dello stomaco, delle quali parleremo a proposito della cura, depongono appunto per questa ipotesi nostra.

Il *sudore*, come l'urina e la maggior parte delle secrezioni, è diminuito e spesso anche affatto soppresso nella malinconia; donde secchezza della pelle che si presenta rugosa. Anche i peli diventano secchi e fragili. [A tale proposito fa d'uopo rilevare che non è raro nei melancolici un incanutimento precoce, il quale aggiunto alle rughe dipendenti dallo spasmo e dalla rilassatezza dei muscoli nella zona mimica orale e nella oculare, dà alla loro fisonomia una apparenza senile. È pure a rilevarsi la non infrequente rigidità dei capelli che diventano irti, e soprattutto nella lipemania ansiosa, demonomaniaca, impartiscono all'infermo l'aspetto tipico tanto caro agli artisti ed ai drammaturghi. Carlo Darwin, nella sua opera immortale sulla *Espressione delle emozioni*, ce ne ha data la figura caratteristica che qui riporto (fig. 23) (E. M.)].

Fig. 23. — Stato della capigliatura in una alienata (da Carlo Darwin).

La *respirazione*, salvo nei momenti di angoscia nei quali diventa irregolare, profonda e talvolta frequente, è rallentata e superficiale. Questi caratteri sono spiccati specialmente nella malinconia con stupore. Marcé ha dimostrato che in questi casi l'inspirazione si fa a più riprese (*saccadée*), quasi fosse composta di una serie di piccole inspirazioni susseguentisi l'una l'altra. [Il Musso, nella mia Clinica (*a*), trovò che nella melancolia con *angoscia precordiale* si ha diminuzione della frequenza del respiro, variabilità estrema del ritmo, lunga pausa espiratoria: onde diminuito lo scambio dei gas nel sangue polmonare. Nella melancolia *agitata* vide invece grande frequenza, irregolarità di ritmo e profondità, variazioni marcate nel livello della linea d'inspirazione ed espirazione: onde aumento di scambio gassoso. In ultimo, nella *melancolia emotiva* il tracciato ondulato rivela tremito dei muscoli del torace, massime nella fase inspiratoria, ecc. Dal che potrebbe supporsi che le modificazioni del respiro nella lipemania siano in relazione coi cangiamenti dell'innervazione centrale, sebbene C. Rossi recentemente, e a ragione, dica che in sostanza questi fatti respiratorii sono piuttosto da ascriversi allo stato psichico di emotività (E. Morselli)].

Il *polso* è generalmente piccolo, duro e di frequenza variabile: lento quando gli ammalati sono immobili in preda a stupore, frequente durante i paros-

(*a*) Cfr. Musso, in *Arch. di Psichiatria*, VI, 1885, 3°, e *Arch. ital. per mal. nerv.*, 1886, p. 75 — Rossi Cesare, in *Riv. di Fren.*, XIX, 1893, p. 197.

sismi di ansia o nei casi di grave delirio allucinatorio. I battiti cardiaci contrastano talvolta col polso: essi sono forti e sonori, mentre il polso radiale colla sua scarsa ampiezza indica un'astenia vascolare piuttosto notevole. [Usando gli apparati sfigmografici del Mosso ed eccitando i soggetti con stimoli sensoriali opportunamente diretti, Cougnet e Lombroso (*a*) trovarono nei lipemaniaci reazioni vasomotorie deboli, ma evidenti, per lo stimolo musicale, particolarmente pei toni *ut*^{3} e *mi;* reazioni deboli per gli stimoli elettrici (E. M.)]. Specialmente nei momenti di angoscia possiamo osservare congestioni passeggere del capo; si tratta di disturbi vaso-motorî, che ordinariamente coincidono con un polso carotideo ampio e forte. Nell'insieme però, la circolazione dei melanconici è piuttosto debole: difatti sono comuni ad osservarsi il raffreddamento, la cianosi e talvolta anche l'edema delle estremità. [Nè raro è che i lipemaniaci, massime attoniti, presentino la sindrome dell'asfissia locale delle estremità (*b*) (E. M.)].

La *funzione menstruale* ordinariamente è soppressa; talvolta, invece, nell'epoca della menopausa, intervengono abbondanti metrorragie che contribuiscono ad aggravare i sintomi rendendo maggiormente anemico e debole il soggetto.

Le *funzioni sessuali* sono nulle; però qualche volta gli ammalati si dànno quasi impulsivamente all'onanismo; ma ciò succede più di rado che negli stati di eccitazione maniaca.

I disturbi della circolazione e della respirazione congiunte all'inazione ed all'immobilità abituale degli ammalati ostacolano l'*ematosi* che si compie in modo insufficiente. [Il *sangue* dei melancolici fu trovato spesso ipoglobulico (50 %), con un peso specifico diminuito (Seppilli, Vorsler, Winkler, Smyth). Al citometro del Bizzozero si constatò che l'emoglobina diminuisce fino dagli stadii iniziali e si conserva deficiente lungo tutta la malattia, massime nelle donne e nelle melancolie stupide (Seppilli). Contrariamente alla mania, la tossicità del siero di sangue sarebbe diminuita (D'Abundo), ma si ripresenterebbe quando il lipemaniaco è agitato. Marzocchi avrebbe trovata aumentata la quantità di acido urico, e Agostini molto diminuito il potere isotonico, massime nella lipemania agitata (*c*) (E. Morselli)].

La *nutrizione* è sempre difettosa; gli ammalati dimagrano più o meno grandemente; [e quando il dimagrimento sia dovuto alla sola vesania, non ad altra qualsiasi complicazione], la temperatura si abbassa talvolta di alcuni decimi sotto la norma. Non si è che nei casi eccezionali e particolarmente gravi che tale disturbo arriva fino alla cachessia, nel qual caso possono manifestarsi delle petecchie, delle emorragie sottocutanee, degli ematomi dell'orecchio.

[Il *peso* del corpo dei melancolici, in causa dei disturbi nutritivi, ordinariamente si abbassa: è anzi di prognosi infausta il rialzo di tale peso finchè perdurino i sintomi della depressione psichica.

La *temperatura* del corpo nel periodo iniziale delle vesanie melancoliche, a quanto dice Bechterew, si mantiene normale, ma se esistono fenomeni di eccitamento, soffre rialzi (fino a 40°); nello stadio di confermata melancolia, si abbassa in proporzione alla depressione, tanto che nello stato attonito può

(*a*) Cfr. Lombroso e Cougnet, in *Arch. di Psich.* ecc., 1881.

(*b*) Cfr. Algeri, in *Riv. sper. di Fren.*, X, 1884, p. 126; Targowla, *Ann. méd.-psych.*, maggio-giugno 1892.

(*c*) Cfr. Winkler, *Centr. f. Nerv. u. Psych.*, 1891 — Smyth, *Journ. of ment. Sc.*, ottobre 1891 — Marzocchi, in *Riv. sper. di Fren.*, XVII, 1892, p. 330 — Vorsler, in *Allg. Zeits. f. Psych.*, LI, 1894 — Agostini, Seppilli, loc. citato.

scendere fino a 35°; frequente è, anzi, il *typus inversus:* se sopravviene guarigione, si rialza. Nella melancolia agitata la temperatura è, però, sempre più alta che nella passiva (Maragliano D. e Seppilli): ad ogni modo Tambroni provò che negli stati lipemaniaci la termogenesi soggiace a cangiamenti non lievi, a oscillazioni continue (E. Morselli)].

Varietà. — Se tutti i melanconici presentano un insieme di sintomi comuni che permettono di discernerli dagli altri alienati, pure essi differiscono l'uno dall'altro sia pel grado della depressione cui sono in preda, sia per la mancanza, o pella presenza e natura delle idee deliranti che si accompagnano alla depressione, sia, finalmente, per certe particolarità della loro fisionomia e del loro modo di reagire alle impressioni dolorose, cui vanno soggetti. Anche la sola eziologia della malattia o la sola età dell'individuo sono cause capaci di modificare in vario modo l'aspetto, il decorso e la gravità dell'affezione. Così, dopo aver rilevato i sintomi comuni in quasi tutti i casi, sarà necessario raggrupparli a seconda delle loro somiglianze o differenze. Ma se si volesse tener conto di tutti i caratteri differenziali, anche di quelli d'importanza affatto secondaria, si sarebbe costretti a moltiplicare straordinariamente le varietà della malinconia. A noi pare che per una descrizione didattica sia lecito trascurare i particolari, per intrattenerci più a lungo su alcune forme che presentano i caratteri più spiccati dei vari stati melanconici.

Krafft-Ebing (1) divide le malinconie in due grandi gruppi: la malinconia semplice e quella con stupore, e suddivide la prima in altri tre gruppi: malinconia senza delirio, ansiosa, e delirante (con idee religiose od ipocondriache). [Anche nella classificazione del Verga, generalmente adottata dagli alienisti pratici in Italia, la melancolia è divisa in semplice ed in stupida (E. M.)]. Giulio Falret (2) ammette invece [col Marcé] tre varietà principali: la melanconia con coscienza, la melanconia depressiva con stupore e la malinconia ansiosa. [E col Falret stanno molti autori francesi e tedeschi odierni: basterà citare il Kraepelin. Io pure ho seguìto presso a poco tale distinzione; la melancolia è ora semplice, ed or grave, e questa si distingue in ansiosa ed in attonita (*a*) (E. M.)].

Fra queste due classificazioni si ha in fondo una grande analogia, e benchè esse siano puramente sintomatiche, pure dividono le forme di lipemania in

(1) Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, loc. cit. [V. ediz. 1893, pagg. 307-338].

(2) J. Falret, Soc. médico-psychol., negli *Ann. médico-psychol.*, gennaio 1890.

(*a*) [Il Mendel, che nel suo articolo della *Real-Encyclopaedie* (vedi trad. ital., vol. VIII, pag. 98) aveva diviso malamente la melancolia in forma abortiva o senza delirio, in attonita, in transitoria ed in periodica, tornando ulteriormente su questa vesania (*Allg. Zeit. für Psych.*, XLVI, 1890) ha voluto distinguerne le forme a seconda del contenuto psichico. Egli ne fa tre precipue varietà: la prima in cui predominano i disturbi affettivi, *melancholia hypochondriaca;* la seconda in cui vengono in scena i disturbi ideativi, i delirii, *melancholia intellectualis;* e una terza, più complessa, in cui si trovano e gli uni e gli altri, con accompagnamento ora dell'agitazione ed ora dello stupore, *melancholia universalis.* In sostanza però le tre varietà di Mendel corrispondono alla melancolia senza delirio, alla delirante ed alla grave: ma a torto la varietà ansiosa e la attonita sono da lui messe insieme. Credo opportuno dare le proporzioni che l'egregio alienista di Berlino avrebbe trovato per le tre forme, su 206 lipemaniaci dei due sessi (84 U., 122 D.):

Malinconia ipocondriaca	U. 28, 5 %	D. 9, 8 %
» intellettuale	40, 4 »	67, 0 »
» universale	30, 1 »	23, 0 »

Si vede come le idee egoistiche relative alla conservazione della personalità fisica (ipocondriache) spesseggino nel sesso maschile, mentre nel femminile prevalgono le idee deliranti di auto-accusa, e soprattutto le religiose (E. Morselli)].

modo così naturale che ci sembrano le più ragionevoli allo stato attuale delle nostre conoscenze. La classificazione che noi seguiremo ha un po' di tutte quelle che precedono. Crediamo utile descrivere quattro forme principali di melanconia: 1° melanconia semplice; 2° melanconia depressiva con idee deliranti; 3° melanconia con stupore; 4° melanconia con ambascia.

1° MELANCONIA SEMPLICE (o melanconia con coscienza) (*a*). — Questa forma è rara ad osservarsi nei manicomi; la si potrebbe dire melanconia della clientela privata. Tutta la sua sintomatologia si limita alla tristezza ed alla depressione senza alcuna idea delirante ben definita. Gli ammalati sono soggetti ad un vivo dolore morale, hanno un'indifferenza generale per le persone e per le cose, non si interessano più a nulla, perdono la affezione verso i loro congiunti; sono inattivi, incapaci al lavoro. Inoltre provano delle apprensioni vaghe, il timore di diventare matti o di morire, di perdere i loro congiunti o di cadere in rovina. Spesso hanno rimorsi relativi al passato, e si accusano di falli veri od immaginari; si rimproverano di aver fatto morire per dispiaceri o per mancanza di cure il loro padre o la loro madre, d'aver ingannato il marito, ecc. Questi sentimenti si accompagnano ad uno stato di completa lucidità di mente; gli ammalati si accorgono benissimo del cambiamento del loro carattere e del loro umore, e ne soffrono molto; essi, come li chiama G. Falret, sono *ipocondriaci nel morale*, [e poichè *ragionano* sul loro stato, costituiscono il prototipo dei pazzi in periodo ragionante o, meglio, *raziocinante* di una psicosi (E. M.)]. Non delirano: al massimo, si nota in essi qualche vaga idea di rovina, di colpevolezza, insieme a preoccupazioni pella loro salute. Si lamentano di continuo, e raccontano al primo venuto tutti i loro timori ed i loro dispiaceri. Consultano volentieri il medico, ma non si convincono degli incoraggiamenti che esso tende ad inculcare loro, ed in ciò sono ben diversi dai semplici neurastenici e di certi ipocondriaci che escono dal consulto confortati, almeno per un certo tempo. Hanno tendenza al suicidio, e debbono essere assoggettati ad accurata sorveglianza.

2° MELANCONIA DEPRESSIVA CON IDEE DELIRANTI (*b*). — Con questo gruppo di melanconici noi ci accostiamo sempre più al manicomio. Qui la depressione psichica è ben più imponente che nella malinconia semplice. Di più, si osservano idee deliranti di tale gravita, che i melanconici di questo gruppo furono confusi coi monomaniaci nell'epoca in cui non si attribuiva al disturbo emotivo l'importanza capitale che esso ha nella serie dei sintomi, e quando gli alienisti si preoccupavano specialmente dei disturbi intellettuali che, come dimostrammo, sono meno secondari e subordinati. Gli ammalati si immaginano di essere affetti da malattie gravi, da lesioni organiche inguaribili che ne compromettono l'esistenza: [è la *melancholia hypochondriaca*, cui Mendel dà tanta importanza (E. M.)]. Più spesso si dicono autori di peccati immaginari: essi sono dei grandi colpevoli, indegni di compassione e di pietà; si credono rovinati, e vedono già la loro famiglia nell'indigenza e nella miseria.

(*a*) [SINONIMIA: Forma abortiva della melancolia; *Melancholia sine delirio* (ETTMÜLLER); Lipemania ragionante (ESQUIROL); Frenalgia senza delirio (GUISLAIN); *Melaena tranquilla* (KAHLBAUM); *Stadium melancholicum initiale* (ARNDT); Melancolia semplice dolorosa, in parte (SCHOLZ); Melanconia subacuta (RÉGIS); *Dysthimia melancholica* (KORSAKOFF) (E. M.)].

(*b*) [SINONIMIA: Lipemania pr. detta (ESQUIROL); *Melancholia cum delirio;* Malinconia delirante; *Delusional melancholy* (CLOUSTON); Malinconia passiva (VARII); *Melanthymie* (WERNICKE); Melancolia acuta o tipica (RÉGIS); Melanconia religiosa, ipocondriaca, persecutoria, ecc., a seconda dell'indole del delirio (VARII) (E. M.)].

In questa forma, le allucinazioni e specialmente le illusioni sono frequenti: è, anzi, il gruppo di ammalati che noi tenemmo presente soprattutto nella descrizione generale dei sintomi. Tristi e pensierosi se ne stanno seduti in un angolo della camera, o sempre in piedi ed immobili, [poichè, secondo Robertson, questa psicosi sarebbe caratterizzata dalla diminuzione del tono muscolare (E. M.)]. Rispondono alla maggior parte delle domande che loro si rivolgono, ma si è obbligati a scuoterli vivamente; la loro parola è pronunciata a voce sorda, lenta, scandente e pare esiga un grande sforzo. Non è raro vedere per un momento l'ammalato uscire dal suo stato d'immobilità e dal suo mutismo, per lamentarsi con una certa insistenza dei tormenti morali che l'opprimono. In tal caso, spesso si lagnano di una certa ambascia [(" angoscia precordiale ")], simile a quella che è comune negli ammalati di un altro gruppo che studieremo or ora; compiono degli atti automatici, tentano gettarsi dalla finestra, strangolarsi: più di rado si lasciano trascinare ad atti violenti sulle persone che li circondano. Dopo queste crisi di agitazione, dopo questi *raptus malinconici*, essi ricadono nel loro stato di torpore. [In un certo numero di casi le allucinazioni di cui è fatto superiormente cenno, raggiungono un'intensità sì grande ed una sì decisa influenza sullo stato psichico dell'infermo, che la vesania ne rimane caratterizzata in modo affatto speciale. Si ha in allora la *melancholia hallucinatoria;* in realtà, contrariamente a quanto credono Levinstein-Schlegel, Kirchhoff, ecc., essa non meriterebbe, pel suo contenuto, una descrizione a parte. Sembra però che l'indole della varietà allucinatoria sia meno benigna di quella della malincolia tipica (Ziehen), che, cioè, sia legata frequentemente a labe gentilizia e tenda più delle altre a farsi sistematica, trasformandosi in una forma paranoica secondaria (E. Morselli)].

3° Melanconia con stupore (*a*). — È la forma precedente ma più grave, con immobilità addirittura assoluta, con mutismo completo. Ma sarà bene che ci intendiamo sul significato di tale definizione. L'espressione *malinconia con stupore* viene infatti presa in diversi sensi. Baillarger la usava specialmente per indicare certi stati morbosi che a noi sembrano doversi riferire piuttosto alla confusione mentale ed alla stupidità, stati che studieremo nei capitoli seguenti. Ma eliminando dal quadro della malinconia i casi dei quali parla Baillarger e di cui parleremo a proposito della vesania confusionale, ne resta poi un gruppo che ragionevolmente dobbiamo far rientrare nella lipemania ed al quale dobbiamo pertanto riservare il nome di *malinconia con stupore*, a meno che non si preferisca l'espressione di *malinconia attonita*, sinonimo della prima e più comunemente usata dagli autori stranieri. [Certo, adottando questa ultima designazione, si risparmiano molti malintesi, ed io l'uso da più anni con notevole vantaggio per la chiarezza del mio insegnamento clinico (E. M.)].

Per fissare fin d'ora le idee, crediamo utile parlare subito alquanto di ciò che si tratterà nel capitolo seguente e di fare un paragone fra la melanconia con stupore di Baillarger (varietà della confusione mentale allucinatoria) e la melanconia stupida [o attonita] quale la intendiamo qui, e che, secondo noi, sarebbe una vera forma di lipemania. Ecco i caratteri del tipo morboso che quell'insigne alienista intendeva descrivere: " Gli ammalati, egli dice, hanno la fisionomia triste, ma nello stesso tempo essa esprime la *stupefuzione* (" étonnée "), i

(*a*) [Sinonimia: *Melancholia cum stupore*, lat.; Lipemania stupida (Esquirol e sua scuola); *Melaena silens* (Kahlbaum): *Melancholia attonita* (Krafft-Ebing, Schüle, Mendel, Korsakoff, ecc. ecc.); Melanconia iperacuta (Régis); Melanconia con reazione astenica (Morselli) (E. M.)].

tratti di essa non sono contratti, lo sguardo è *incerto;* nulla indica in essi la natura dolorosa dell'intelligenza: per contro sembrano in atteggiamento *affatto passivo.* Questi alienati rispondono brevemente e lentamente alle domande che loro si rivolgono, studiano ciò che debbono rispondere, e non si chiudono mai in ostinato silenzio. Se non parlano, ciò non succede perchè così vogliano o perchè un'idea fissa assorba la loro attenzione; ma perchè sono in uno stato di *apatia,* di *torpore, d'imbarazzo intellettuale* „ (1). Ora, ben diversi sono i veri melanconici con stupore, nei quali l'immobilità, la concentrazione ed il mutismo provengono da un senso di profonda tristezza che li accascia e da idee deliranti secondarie. Esquirol lo espresse molto bene (2): " La sensibilità concentrata su di un oggetto pare abbia lasciato ogni altro organo; il corpo non reagisce a nessuna impressione, mentre lo spirito è rivolto a un unico oggetto, il quale assorbe tutta l'attenzione e tiene sospese tutte le funzioni intellettuali. L'immobilità del corpo, la fissità dei tratti della fisionomia, il silenzio ostinato, tradiscono la piena del dolore intellettuale ed affettivo. Non si tratta di un dolore che strappa lamenti e grida e pianti, ma esso è taciturno, senza pianto, senza manifestazioni esterne „.

La differenza, e quasi potrebbe dirsi il contrasto fra questi due stati morbosi, è tanto grande nella condizione intima [della coscienza], quanto negli atti esterni degli ammalati e nell'espressione della loro fisionomia. Trattando della confusione mentale, ritorneremo sulle forme di malinconia con stupore di Baillarger, nelle quali l'intelligenza [o, più propriamente, la coscienza (E. M.)] è obnubilata, le idee sono confuse, lo stato emotivo variabile e subordinato alle illusioni ed alle allucinazioni che, come in certi sogni, dominano la mente dell'ammalato; ma ora dobbiamo fermarci sulla melanconia attonita, che molto ragionevolmente deve porsi nel gruppo delle lipemanie, perchè, come ogni stato lipemaniaco, essa è costituita da un disturbo emotivo fondamentale al quale si aggiungono idee deliranti, conseguenza e causa di tale disturbo emotivo, [disturbo che manca nello stupore primitivo, o altrimenti nell'amenza stupida cui alludeva il Baillarger nella sua descrizione (E. M.)].

Questa forma di malinconia scoppia di rado all'improvviso: il più sovente segue ad una od all'altra delle forme suddescritte. Quando è in pieno sviluppo, l'aspetto, la fisionomia, l'atteggiamento dell'ammalato sono caratteristici. Inerte ed immobile, il melanconico di questa specie sembra indifferente a quanto si dice e si fa attorno a lui. L'espressione contratta della fisionomia indica una viva sofferenza, le pupille sono ordinariamente dilatate, gli occhi fissi al suolo. Il mutismo è assoluto, oppure gli ammalati brontolano ad intervalli poche parole il più spesso incomprensibili. Le braccia sono pendenti, con le mani talvolta cianotiche; se si mettono gli arti od il tronco in atteggiamenti che allo stato normale determinano facilmente il senso di stanchezza, essi restano abbastanza a lungo in tale posizione, quasi che il soggetto avesse perduto la facoltà di reagire [(" pseudo-catalessia „, " atteggiamento statico „): i muscoli, dice bene Robertson, cessano dal rispondere agli stimoli (E. M.)]. L'insonnio è abituale. " Il più spesso, di notte, l'ammalato tiene le posizioni più incomode, ma esse ci indicano il suo bisogno di soffrire ed il suo continuo desiderio di far penitenza; qualche volta sta semiseduto, col mento abbassato fin sul petto per nascondere il suo viso e la sua vergogna „ (Schüle). Spesso si nota una rigidità muscolare difficile ad essere vinta: non si arriva che a stento a

(1) Baillarger, Recherches sur les maladies mentales, vol. I, pag. 667.

(2) Esquirol, Maladies mentales, vol. I, pag. 414.

sollevare il capo che subito riprende la posizione di flessione. [La contrattura piglia specialmente i muscoli del collo, alla nuca, nel territorio dei due accessorii di Willis (E. M.)]. La sensibilità pare abolita, ma non è vero, giacchè quasi sempre, quando si pizzica fortemente o si punge o si eccita coll'elettricità la pelle dell'ammalato, gli si vedono scorrere [silenziosamente] le lacrime e corrugarsi la fronte e le palpebre. Il polso è lento, piccolo, duro, il respiro raro, la temperatura è talvolta di poco inferiore alla norma, la stipsi ostinata. Le funzioni nutritive si compiono male: alle volte l'ammalato rifiuta gli alimenti e si è costretti a ricorrere alla sonda.

Lo stupore assoluto si alterna talvolta con periodi di relativo eccitamento, durante i quali l'infermo si lamenta ed emette dei gemiti. Questo stato di cose può scomparire a poco a poco od all'improvviso. Ritornato in salute, il malinconico ricorda ancora il suo stato mentale durante tutte le fasi dell'assoluta depressione, narra i sentimenti penosi che lo dominavano, le angoscie di cui era in preda, le idee di colpevolezza, di indegnità, di peccati immaginari, di rovina o d'impotenza che lo assorbivano, [le allucinazioni, il più spesso acustiche, talvolta anche visive, che lo atterrivano].

4º Melanconia ansiosa (*a*). — Nel decorso delle varie forme di lipemania che abbiamo or ora descritte, possiamo osservare dei parossismi di ansietà, durante i quali gli ammalati, usciti dalla loro immobilità e dal loro mutismo, accusano un senso di ambascia epigastrica o toracica, si lagnano della loro posizione penosa ed emettono dei gemiti. Questo fatto basterebbe già da solo a provare che le diverse forme di malinconia costituiscono delle semplici varietà estrinseche di essa [probabilissimamente in relazione con il modo individuale di reagire agli stati penosi dell'animo (E. M.)], ma non sono separate l'una dall'altra da limiti netti. Ciò non pertanto, la forma ansiosa della lipemania ha, in certi casi, una fisionomia, un decorso ed un modo di svolgersi così speciali che si è indotti a ritenerla autonoma e ad attribuirle una individualità che non avrebbero le altre forme di malinconia. [Vi sarebbe, infatti, anzichè uno stato catalettico o spasmo-tonico dei centri psicomotori, una vera convulsione clonica, con scariche continue. La tensione dei muscoli aumentata è, secondo Robertson, la caratteristica della forma ansiosa (E. M.)].

I melanconici ansiosi corrispondono ai melanconici attivi di Esquirol; ai gemebondi di Guislain e Morel, [ai melancolici *agitati*]. L'atteggiamento ed il modo di comportarsi di questi infermi sono ben diversi da quelli dei melanconici attoniti o dei melanconici in preda a depressione. Invece di tenere celato il loro dolore, i melanconici ansiosi lo traboccano, per così dire, addosso al primo venuto. Vanno e vengono macchinalmente, fanno gesti di disperazione, si lamentano incessantemente e si struggono in gemiti. A mano a mano che il delirio si aggrava, essi si lagnano (e questo fatto li fece qualificare) di un'ansietà più o meno viva; provano, cioè, nella regione epigastrica o cardiaca un senso di molesta oppressione, di stringimento, di costrizione [" ansia precordiale "]. Questa ansia guadagna il collo e la testa, e si accompagna da un senso di angoscia estrema, seguìto da lacrime, da lamenti e talvolta da movimenti impulsivi molto pericolosi. Nel punto culminante della loro agitazione, il melanconico ansioso deve essere rigorosamente sorvegliato: il

(*a*) [Sinonimia: Lipemania con ansia (Esquirol); Lipemania angosciosa; *Melancholia agitans, sive praecordialis;* Malinconia grave agitata, o anche malinconia eretistica o con reazione iperstenica (Morselli); *Melancholia activa* (Kowalewsky) (E. M.)].

suicidio, le auto-mutilazioni, più di rado l'omicidio, possono essere conseguenza di *raptus* [o parossismi] melanconici molto più comuni in questa che nelle altre forme di malinconia. Ricorderemo pure che le idee deliranti possono in questi ammalati subire delle metamorfosi (idee di negazione, di enormità) nei casi che passano poi allo stato cronico.

Decorso. Durata. Esiti. Prognosi. — Abbiamo già descritto il modo vario di iniziarsi dell'accesso malinconico: inizio rapidissimo, o inizio lento con prodromi.

Il periodo di stato non decorre in modo uniforme: in generale, qualunque voglia essere la varietà di malinconia colla quale si ha a che fare, da un giorno all'altro, da un momento all'altro si possono osservare esacerbazioni o remissioni dei sintomi. La depressione, l'ansietà sono generalmente più gravi al mattino, [specialmente nella forma designata melancolico-neurastenica (E. M.)]: le allucinazioni, la panofobia, alla sera, in sul far della notte. I cambiamenti di temperatura e specialmente il freddo intenso, l'aggravarsi dei disturbi gastrici ed intestinali, il ritorno del periodo mestruale determinano, in generale, un aggravamento dei disturbi psichici.

La *guarigione* costituisce un esito relativamente frequente di quest'affezione. Quanto più giovane è l'ammalato, maggiore è la speranza di essa. Talvolta avviene abbastanza rapidamente, di rado prima di tre o quattro settimane, più spesso dopo tre, quattro o cinque mesi, ed, in alcuni casi, dopo un anno, quindici mesi od anche due anni. L'ammalato può passare a guarigione in modo quasi improvviso, dalla sera al mattino; questo caso è raro e si osserva specialmente negli attacchi melanconici della pazzia periodica: [che anzi è per lo più indizio della natura degenerativa della vesania (E. M.)]. Generalmente, la guarigione avviene in modo lento e progressivo: lo stato depressivo va a poco a poco scomparendo, le idee di colpevolezza o di rovina si fanno meno insistenti, gli ammalati cadono preda di esse men di sovente, in modo meno assoluto, e tornano ad interessarsi di quanto succede loro attorno. Però è raro il caso che il ritorno alla salute perfetta abbia luogo in modo regolarmente progressivo; generalmente esso è ritardato da periodi di passeggeri peggioramenti, da specie di temporanee ricadute, che diventano sempre più brevi e meno numerose. La melanconia semplice o con idee deliranti e la melanconia con stupore guariscono più spesso e con maggiore facilità della malinconia con un senso di ambascia.

Le *recidive* sono frequenti, e gli accessi tendono tanto meno a risolversi, quanto più grande è il numero delle crisi antecedenti e quanto più vecchio è il soggetto.

La melanconia, se non passa a guarigione, diventa *cronica*, ed in questo caso possono realizzarsi parecchie eventualità. O le idee deliranti persistono ma, in certo modo, diventano stereotipate: le allucinazioni si fanno meno vive, i gesti e la mimica diventano automatici e monotoni, lo stupore viene sostituito da una specie di stupidità, l'intelligenza si offusca e gli ammalati non tardano ad avviarsi alla *demenza*. Altre volte, alla malinconia succede un delirio sistematizzato con allucinazioni varie, idee di persecuzione o religiose, il quale riveste l'andamento dei vari deliri sistematizzati. Questi *delirî secondarî* (*paranoia secondaria*, [pazzia sistematizzata secondaria di alcuni autori tedeschi e italiani]) richiedono ancora nuovi studi, tanto dal punto di vista del meccanismo di trasformazione che li collega alla malinconia, quanto da quello riguardante il posto che conviene loro assegnare nella nosologia. [Nei

manicomii questi alienati cronici, in ragione della loro inguaribilità, sono considerati come un vero *caput mortuum*, e ricevono nelle carte d'ufficio e nelle statistiche il nome di " dementi " senz'alcuna distinzione (E. M.)].

Ma vi ha una forma particolare di delirio, i cui caratteri clinici ed il cui significato prognostico furono specialmente bene studiati in Francia in questi ultimi anni, e che forse può considerarsi come lo stadio finale di certe forme di malinconia, specialmente della forma ansiosa: io intendo dire del *delirio di negazione* (1).

Le idee che caratterizzano questa forma di delirio, sempre identiche nella loro sostanza, sono varie riguardo al loro contenuto. Talvolta sono di ordine fisico: l'ammalato non ha più lo stomaco, nè il cuore, nè il sangue, nè il cervello; è tappato, è disseccato. Tal'altra si riferiscono alle funzioni psichiche: l'ammalato non pensa più, non ha più volontà, non ha più sentimenti. Da ultimo, vi hanno casi nei quali le tendenze alla negazione riguardano il mondo esterno e i concetti astratti; per l'ammalato nulla più esiste, le persone di famiglia [o anche tutti quelli che vede], sono morti che camminano, i medici non sono più medici, gli alimenti rappresentano l'ombra di vivande, non c'è più anima, non c'è più giustizia, non c'è Dio, [il mondo intero non esiste, è distrutto, è annichilato].

Le idee di negazione si osservano in circostanze cliniche molto diverse. Baillarger dimostrò già da lungo tempo la loro frequenza nelle forme depressive della paralisi generale; le si osservano pure in deboli di mente, nelle demenze senili, in certi paranoici con delirio di persecuzione (*a*). Nella malinconia e specialmente nella melancolia ansiosa, queste idee di negazione possono essere più o meno commiste ad altre idee lipemaniache, sia fin dal principio, sia in un periodo più avanzato dell'affezione. In tal caso esse non sono sempre di prognosi tanto grave come quando si manifestano in certe circostanze delle quali parleremo.

Cotard tentò di dimostrare che il delirio di negazione può essere il periodo finale della malinconia ansiosa e costituirne una trasformazione, di prognosi infausta, perchè sarebbe l'indice di cronicità dell'affezione. Questo passaggio si osserva specialmente nei melanconici di età più avanzata, che pel passato ebbero altri accessi di lipemania e nei cui antecedenti troviamo fatti degenerativi. Dopo un primo periodo di melanconia ansiosa, caratterizzata da senso

---

(1) Si potranno consultare con profitto i lavori seguenti riguardanti il delirio di negazione: *a*) Cotard, Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse, negli *Ann. médico-psychol.* settembre 1880, e Du délire des négations, negli *Arch. de Neurologie*, nn. 11 e 12, 1882. — *b*) Séglas, Séméiologie et pathogénie des idées de négation, negli *Ann. médico-psychol.*, 1889; Note sur un cas de mélancolie anxieuse, negli *Arch. de Neurologie*, n. 22, 1884. — *c*) Arnaud, Sur le délire des négations, in *Ann. médico-psychol.*, novembre e dicembre 1892. — *d*) *Compte rendu du Congrès des médecins aliénistes tenu à Blois* nel 1882 (Relazione di Camuset sul delirio di negazione e discussione sull'argomento). — *e*) Toulouse, Le délire des négations, Rivista nella *Gaz. des Hôpitaux*, n. 32, 1893. — *f*) De Coal, Contribution à l'étude du délire des négations. Tesi di Parigi, dicembre 1893.

(*a*) [La migliore e più recente monografia sul delirio negativistico ed idee di negazione è quella del Séglas, già cit. a p. 34. Egli ne fa la seguente classificazione: 1° delirio negativistico nella melanconia (con una subvarietà, quella della pazzia circolare); 2° delirio negativistico al di fuori della malincolia: α, in certe varietà di paranoia sistematica persecutoria; β, nella paranoia ipocondriaca; γ, nella debolezza mentale. Vi sono poi le idee, per così dire, fortuite o sporadiche di negazione nella paralisi generale, nella senilità, nell'alcoolismo, nell'isterismo, nella amenza confusionale, nella mania, e persino nelle lesioni cerebrali circoscritte. In sostanza, è dubbio che il delirio di negazione abbia caratteri e decorso peculiari, toltine i non frequenti casi di quella melancolia ansiosa cui potrebbesi giustamente dare il nome di *Malattia del Cotard* (E. Morselli)].

di ansietà, da idee di colpevolezza, di dannazione e di ossessione, da analgesia con tendenza al suicidio ed alle mutilazioni volontarie, ecco che si manifestano le idee di negazione. Le quali, come dicemmo, si riferiscono alla costituzione fisica o psichica del soggetto oppure al mondo esterno. La loro cerchia va estendendosi di giorno in giorno per una specie di sistematazione progressiva. Gli ammalati cominciano col negare l'esistenza dei loro organi, dei loro sentimenti, della loro intelligenza, poi negano quanto li circonda; essi non credono di vivere e credono che nulla viva attorno a loro. Per una singolarissima deduzione, partendo da concetti falsi, arrivano talvolta alla idea d'*immortalità;* l'uno crede di essere di pietra e che perciò non può morire (Régis); un altro che non lo si può uccidere, che una palla di revolver starebbe nella sua testa vuota come entro un armadio (Toulouse), che " quanto rimane della sua testa è ciò che non muore, lo scheletro umano che rimane eterno „. Questi individui affetti da delirio di negazione si comportano cogli atti in conformità delle loro idee: spesso rifiutano il cibo, convinti di non aver bisogno di alimento perchè sono morti, [spesso non mingono nè defecano, trattenendo per un tempo indefinito l'urina in vescica e le feci nell'intestino, perchè si imaginano di non avere più organi di escrezione, nè meato, nè ano (E. M.)]. Pella stessa ragione oppongono una certa resistenza a tutti i tentativi che si fanno per farli camminare, levare di letto, lavarsi (*a*). Tali idee d'immortalità sono piuttosto, secondo la bella espressione di Toulouse, delle idee di *eternità nella morte* (*b*). Quando il delirio di negazione si manifesta nelle circostanze suaccennate o quando si va sistematizzando in modo progressivo e sempre più perfetto, come nei casi di Cotard, esso costituisce un sintoma di cronicità e d'incurabilità della malinconia.

Si osservano talvolta, sia in seguito al delirio negativistico, ed allora sembra che ne derivino, sia indipendentemente da esso, idee di differente contenuto che, come quelle di negazione, s'innestano sul fondo melanconico e che, come queste, sono di prognosi grave: io parlo delle idee di *enormità.* Si è anche a Cotard (1) che si deve il merito di aver segnalato questa forma di delirio. Si tratta di una specie di delirio di grandezza, ma con una fisionomia affatto speciale. Le false idee non cambiano affatto: il melanconico non cessa di considerarsi come un colpevole ma potrebbe quasi dirsi ch'esso diventa ambizioso nella sua umiltà. " Egli si crede causa di tutto il male che esiste nel mondo: egli è Satana o l'Anticristo. Qualcuno crede che il loro minimo atto produca effetti immensi: se mangiano, il mondo intero è perduto; se urinano, la terra è sommersa da un nuovo diluvio „. Un'ammalata di Arnaud diceva che " i suoi escrementi arrivavano fino al cielo e che essa ne emetteva ogni giorno in tanta quantità da riempirne una o più case „. Un'altra studiata da Cotard credeva che la sua testa avesse assunto proporzioni così mostruose, da sorpassare i muri della Casa di salute ed arrivare fino al paese vicino, dove come un ariete avrebbe potuto demolire i muri della chiesa. Un uomo la cui

---

(*a*) [Il Clouston (Lect. on Mental Diseases, 1890) s'è valso di questo sintomo curioso della resistenza opposta dagli infermi ad ogni cangiamento di posizione (*resistive lunatics*) per crearne una varietà di melancolia, la " melancholia obstinata „ (E. M.)].

(*b*) [Un'ammalata che si trova ora nella mia Clinica e che presenta il caso più classico che io abbia mai visto di questa varietà d'alienazione, ha delle frasi che concordano mirabilmente con la interpretazione del Toulouse. Difatti, essa dice " che resterà per sempre, eternamente, anche dopo morta, nel suo stato d'ora; che essa è imputrescibile, perchè è divenuta il demonio, l'Anti-Dio „! (E. Morselli)].

(1) Cotard, Le Délire d'énormité, Comunicazione alla Società medico-psicologica, 26 marzo 1888.

affezione fu oggetto di studio da parte di Camuset, diceva di dovere quattro miliardi; era adunque secondo Régis, un " delirio di ricchezza a rovescio „. Conviene aggiungere che questa pseudo-megalomania può in seguito degenerare in vera megalomania. Un ammalato, del quale parla Cotard e che nel 1882 era un tipo di pseudo-megalomane, giunse nel 1889 a credersi immenso: egli era contemporaneamente Dio ed il diavolo, la Santa Vergine e la Regina del cielo, potente in tutto sia nel bene che nel male.

La melanconia può finire colla *morte* in uno stadio più o meno avanzato del suo sviluppo. In sul principio passa talvolta a delirio acuto; più tardi gli ammalati muoiono, sia per gangrena o per tubercolosi polmonare, [" *tabes melancholica* „ di Lorrey], sia per cachessia.

[La *morbilità* dei lipemaniaci, è, infatti, assai più grande di quella dei maniaci: essi vanno facilmente soggetti ad infezioni acute, a malattie polmonari, gastro-intestinali, renali, ecc. Le donne soffrono di numerose affezioni uterine. Mentre le malattie dell'organo cerebrale (l'apoplessia, l'iperemia, il delirio acuto, ecc.) si verificano con grande prevalenza fra i maniaci, i paralitici e gli epilettici reclusi nei Manicomii, sono invece le forme gravi di ipertrofia, le anemie, i catarri gastrici, le influenze, ecc., quelle che prendono soprattutto i lipemaniaci, i pellagrosi, gli ipocondriaci, gli stupidi, e i dementi apatici (*a*). Ne segue che la *mortalità* è maggiore nella lipemania che non nelle altre vesanie tipiche primitive, essendo superata soltanto da quella che si osserva nell'epilessia, nella demenza e nella paralisi (E. Morselli)].

Diagnosi. — I particolari, nei quali siamo entrati basteranno per permetterci di differenziare la melanconia dalla *confusione mentale* e dal *delirio di persecuzione*, coi quali fu per lungo tempo confusa. Del resto, si troveranno i particolari complementari nei capitoli in cui si tratterà di tali affezioni.

Non si scambierà la melanconia colla *neurastenia*. Certi neurastenici, tristi e depressi, che si lagnano amaramente delle loro sofferenze, che hanno timori illegittimi e temono, senza motivi sufficienti, d'essere in preda ad affezioni gravi, potrebbero a tutta prima essere presi per melanconici ipocondriaci. Ma, in questi casi, si hanno stigmate particolari (chiodo isterico, [" galea neurastenica „], rachialgia, zona sacrale); la depressione è nei neurastenici molto meno grave che nei lipemaniaci; l'anamnesi ci dirà che essa fu preceduta dai sintomi proprii della neurastenia; le idee ipocondriache, benchè esagerate, corrispondono ancora abbastanza ai disturbi provati dagli ammalati; esse non sono giuste, ma sono per lo meno discutibili, mentre assurde ed insostenibili sono le idee del melanconico. Il neurastenico si lascia facilmente persuadere, almeno per un certo tempo, dell'assurdità delle sue apprensioni; prova piacere quando si discute con lui; le buone ragioni, che gli si adducono, lo confortano, lo consolano. Il lipemaniaco, invece, ha un'idea fissa contro la quale non vale argomento alcuno; la discussione non ha altro effetto che quello di fissare maggiormente le false idee nella sua testa; ogni dimostrazione ragionata riesce inutile col lipemaniaco ed è impossibile convincerlo (*b*).

(*a*) [Veggansi, oltre ai lavori citati a pag. 51 di questo volume, nota *b*, i bellissimi " Quadri statistici delle Infermerie „ pubblicati da più anni nella *Cronaca del Manicomio di Siena* (anni I-XXI) e la cui sintesi costituirebbe lo studio più completo che si possa avere, sulla morbilità e mortalità comparata delle singole vesanie in Toscana (E. M.)].

(*b*) [La diagnosi è più difficile, se si tratta di una neurastenia prevesanica (cfr. Morselli, *Gazzetta degli Osped.*, 1894): in tal caso si ha la trasformazione lenta, insensibile della neurosi in psicosi. Ma del resto, non è la neurastenia una vera e propria alienazione mentale? (E. M.)].

Abbiamo veduto che la malinconia propriamente detta presenta una somiglianza abbastanza grande con certi *delirii melanconici* (1), che si osservano nei degenerati, negli epilettici, negli isterici, od in individui attossicati con alcool o cocaina. Ma, in questi casi, lo stato melanconico è secondario ad idee deliranti o ad allucinazioni. Queste ultime manifestazioni sono le prime a comparire, e loro seguono depressione e tristezza, mentre nella malinconia [le alterazioni del tono affettivo] sono primitive. D'altra parte, esporremo in seguito i dati relativi ai caratteri particolari di questi delirii melanconici secondarii. Vedremo poi anche come la lipemania, invece di costituire una psicosi autonoma, possa presentarsi come una modalità della *pazzia periodica* in certi periodi del suo decorso. Trattando di tale forma di vesania esporremo i dati differenziali fra di essa e la lipemania.

Fig. 24. — Delirio melanconico in sul principio della paralisi generale.

La melanconia con stupore si avvicina di molto a quella forma di confusione mentale che passa sotto il nome di *stupidità*, [di *stupore primitivo*, di *demenza acuta*, di *amentia stuporosa*, ecc.], e le assomiglia tanto che questa fu da molti autori considerata come una varietà della lipemania. Nel capitolo nel quale tratteremo della confusione mentale, esporremo le differenze capitali che a noi sembrano esistere fra codeste due forme di disturbo mentale.

Finalmente, dobbiamo ricordare che, in alcuni casi, la *paralisi generale* può essere scambiata colla malinconia attonita (fig. 24). La diagnosi può restare per un certo tempo incerta. Deporranno per l'encefalite diffusa l'ineguaglianza e la rigidità delle pupille, il tremore delle labbra e delle mani, i disturbi della parola che potranno rilevarsi non appena l'ammalato si decida a pronunciarne qualcuna. D'altra parte, avremo cura di informarci sulla comparsa dei primi sintomi che si manifestarono, e tali dati anamnestici ci riusciranno molto utili per la diagnosi differenziale.

[Lo scambio può pure avvenire fra la paralisi generale e certe melancolie ipocondriache (*a*). Il differenziamento si basa sulla natura del delirio (assurdo, mobile, incostante, inconscio nel paralitico: monotono, non mai tanto assurdo nel lipemaniaco che chiede conforti); sulla non rara apparizione fugace di idee ambiziose nella paralisi, irrealizzabile nella lipemania; sulla presenza di attacchi apoplettici ed epilettiformi, di sintomi pupillari, ecc. in quella, mentre

(1) Si consulti al riguardo: Marandon de Montyel, Comunicazione alla Società medico-psicologica, 27 gennaio 1890.

(*a*) Cfr. Régis, in *Congrès internat. de Méd. mentale*, Paris 1889.

in questa, che è *sine materia*, l'esame somatico è negativo; sulla età, dai 35 ai 45 nella paralisi, dai 45 ai 60, generalmente, nella lipemania con idee ipocondriache. Talvolta occorre, però, indugiarsi sulla diagnosi e ripetere a lungo lo studio clinico dell'infermo, massime quando vi siano idee deliranti negativistiche di enormità (E. Morselli)].

La *demenza*, sia essa primitiva (come succede nella pubertà o nell'adolescenza di certi individui ereditarii) o secondaria alla lipemania, potrebbe a tutta prima esser confusa collo stupore malinconico. Ma, in questo ultimo caso, l'individuo è muto, i tratti del viso violentemente contratti esprimono la sofferenza morale che l'opprime; nella demenza, invece, a misura che essa si aggrava, la faccia perde i caratteri dello stupore per assumere quelli dell'ebetudine, il silenzio è meno ostinato, e le frasi che l'ammalato pronuncia, con la loro incoerenza, con la loro puerilità, con la mancanza di significato ben definito rivelano l'indebolimento delle facoltà intellettuali.

Eziologia (*a*). — La melanconia è più frequente nella *donna* che nell'uomo, [nella proporzione media di 118 a 100 (Furquahrson)].

L'*età* preferita pel suo sviluppo si è dai trenta ai quaranta anni; ciò non pertanto è abbastanza frequente nella pubertà e nell'epoca della menopausa. [Secondo Goodell e Craig il 70 % delle psicosi climateriche è dato dalla melanconia (*b*) (E. M.)]. Può anche colpire i vecchi, ma in tal caso, d'ordinario si tratta di un secondo o di un terzo accesso, che seguono il primo manifestatosi nella giovinezza o nell'età adulta.

L'*ereditarietà* nervosa ne è spesso la causa predisponente; questa influenza è però meno frequente a riscontrarsi nella lipemania che nelle altre affezioni mentali, ad esempio nella follia degenerativa. [Evidentemente la proporzione del 58 % data da Grainger Stewart è troppo alta: merita più fede quella del Furguahrson che trova sòlo il 38 % (E. M.)]. Non è raro riscontrare l'ereditarietà *similare*, [soprattutto nella così detta " melancolia puerperale „ (E. M.)].

Le cause occasionali possono dividersi in fisiologiche, fisiche, morali o patologiche.

Quali cause *fisiologiche* abbiamo già menzionato la pubertà e la menopausa. La gravidanza e lo stato puerperale appartengono alla stessa categoria; la melanconia colpisce abbastanza spesso le donne in questi stati ma meno però della confusione mentale, della quale parleremo di poi. [Il Dagonet ha trovato, intanto, questa differenza: nelle gravide prevale la forma melancolica (52,9) sulla maniaca (31,3 %), nelle puerpere invece prevale alquanto questa (47,8) su quella (37,9 %). Ad ogni modo l'eredità morbosa esiste in quasi la metà delle malate (*c*). [Notevoli anche sono i casi di melancolia indotta nelle donne, secondo Voisin, da " sterilità „ del marito (E. M.)].

Le cause *fisiche* sono rappresentate dagli strapazzi, dalle fatiche di ogni genere, specialmente se fatte in condizioni di alimentazione insufficiente. [Questa è anzi la ragione del prevalere della forma lipemaniaca nella psicosi pellagrosa. Può ascriversi a questo gruppo l'azione delle alte temperature segnalata dal Victor e dal Musso (E. M.)].

Tutte queste cause però non agiscono come le *morali*. Difatti, il più spesso a base della lipemania troviamo dispiaceri, preoccupazioni gravi o che durano

(*a*) [Cfr. Mendel, Klin. Beitr. z. Melancholie (analisi di 296 casi); *Allg. Zeit. f. Psych.*, XLVI, 1890, p. 438 (E. M.)].

(*b*) Cfr. Goodell a. Craig, The insanity of the climateric period; *Journ. of ment. Sc.*, aprile 1894.

(*c*) Cfr. Dagonet, in *Progrès méd.*, 1894, 14.

a lungo, in una parola, le cause di depressione nervosa di natura svariatissima. L'azione di tali cause è tanto maggiore e più sicura quanto minore è la resistenza opposta dall'organismo, quanto più impressionabile è il sistema nervoso del soggetto, e quanto maggiormente egli si lascia scuotere ed abbattere dai contrasti della vita.

Queste sono le ragioni, per le quali le affezioni organiche, indebolendo e deprimendo l'organismo o colpendo più o meno gravemente il cervello predispongono alla lipemania. La quale, infatti, si osserva seguire le malattie lunghe ed esaurienti, le emorragie, le affezioni del tubo digerente, del fegato, dei reni, degli organi genito-urinarii. È possibile che alcune di queste affezioni, quelle del fegato, dello stomaco e dell'intestino, dei reni, agiscano determinando delle auto-intossicazioni i cui prodotti avrebbero un'azione più o meno nociva sul sistema nervoso. Ma, almeno per quanto riguarda la malinconia, non abbiamo alcun dato positivo e bene accertato per affermarlo.

[**Anatomia patologica.** — Le lesioni dei centri nervosi e loro inviluppi, che si osservano nei melancolici incidentalmente venuti a morte durante il periodo acuto della vesania, non hanno nulla di caratteristico (*a*). L'ischemia, generale o parziale, presupposta più che provata da alcuni alienisti (Luys), si trova, è vero, con una certa frequenza nel cervello dei lipemaniaci; ma oltrechè la si scorge pure in vesanie d'indole non depressiva, anzi nella stessa mania, resta a stabilirsi se essa non sia l'effetto della denutrizione generale che accompagna le forme gravi e acute di psicosi. Tutte le altre lesioni (congestione della pia madre, idrocefalo esterno ed interno, edema della sostanza cerebrale, alterazioni cellulari per intorbidamento del protoplasma, ecc.), malgrado la finezza dei nuovi metodi di indagine non hanno fino ad ora schiarita la patogenesi della melancolia.

Di valore non meno incerto, salvo che non si tratti di stimmate degenerative, sono le note somatiche messe in rilievo, specialmente dagli alienisti italiani, nella statura, nella forma e capacità del cranio; deformazioni craniche, varietà delle circonvoluzioni cerebrali, ecc. Il cranio degli individui incolti da melancolia è, in generale, ampio e voluminoso, e la loro serie abbonda delle maggiori capacità (Amadei). Le anomalie di indole regressiva, teremorfica, i caratteri insomma di deviazione, ad es. la fossetta vermiana, l'apofisi lemurinica, le forti arcate sopraccigliari, la cresta frontale, ecc., vi sono assai più rare che nelle psicosi degenerative. Le deformità più o meno morbose, ad es. il metopismo, la plagiocefalia, la sinostosi, ecc., forse spesseggiano alquanto più (massime la *prominentia squamae occipitis* segnalata dal Kelp poco meno che caratteristica), ma in sostanza non sono nè più numerose nè più spiccate di quanto si vegga in una serie di ammalati di altre forme vesaniche (*b*).

(*a*) Il dott. Peli (Reperti necroscopici in 300 alienanti ecc.; *Arch. mal. nerv.*, 1888) ha trovato *quali cagioni di morte* nella melancolia " ora l'iperemia, ora l'anemia con edema meningo-cerebrale, l'edema polmonare, la pneumonite fibrinosa e la caseosa, o tubercolare, specialmente nello stupore „.

(*b*) Fra i lavori recenti intorno alla craniologia degli alienati veggansi: Mingazzini, *Arch. di Psich.*, VIII, 1887; Roscioli, *Manicomio*, V, 1889; Morselli, *Riv. sper. di Fren.*, XVI, 1890, p. 225; Richter, in *Virchow's Archiv*, vol. 124-128, 1892; Tigges, *Allg. Zeits. f. Psych.*, vol. 45; S. Bianchi e Marimò, *Riv. Fren.*, XVIII, 1892, p. 103; Mingazzini, ivi, p. 121; Bianchi S., *Arch. per l'antropologia e l'etnol.*, vol. XXII; Giannelli, *Riv. sper. di Fren.*, XX, 1894, p. 425. Quanto al " nuovo metodo cranioscopico „ del Sergi, non sembra che fino ad ora i risultati rispetto ai pazzi siano così meritevoli di fede, come sostiene il Mingazzini (*Atti Soc. Antrop. Romana*, vol. I, 1893). I dottori Roncoroni e Cascella, volendone fare una seria e giudiziosa applicazione, hanno dovuto notevolmente riformarne la tecnica e la nomenclatura (E. M.).

Dalle mie indagini risulta che anche nella melancolia il peso specifico cerebrale aumenta, come del resto avviene in tutte le psicosi acute o croniche non accompagnate da processi atrofici. Tuttavia Agostini l'ha trovato diminuito nelle melanconie acute, aumentato quando la vesania è passata a cronicità. I cervelli dei lipemaniaci senza labe gentilizia sono generalmente voluminosi e ben conformati.

Riguardo alla patogenesi della melancolia, ben poco sappiamo. Vi è chi la collega con una cerebrastenia da esaurimento, per cui la lesione sarebbe primitivamente cerebrale. Vi è chi vi vede la riprova clinica della legge fisiologica della fatica del nervo (Arndt). Altri suppone che si tratti di un aumento della resistenza nervosa, per cui le correnti psicomotorie trovino più stentato il loro cammino, onde la sensazione di impotenza, il pessimismo, ecc.: ma la causa di tale aumento non è ben chiara. Naturalmente non mancano i sostenitori della odierna dottrina delle auto-intossicazioni, come già fu detto. Ultimamente, prendendo le mosse dalla celebre dottrina di James e di Lange sull'origine somatica delle emozioni (*a*), si è tornati al concetto della origine cenestesica della melancolia, che da lunghi anni io vado insegnando nei miei corsi clinici e che parrà una novità solo a chi non tenga conto delle scoperte fisiopsicologiche (E. Morselli)].

Cura. — Dovendo curare un melanconico, la prima questione che ci si presenta si è quella di stabilire l'*ambiente adatto* ed il *regime di vita* che più gli conviene. Lo si mantenga calmo, lungi dai rumori e dall'agitazione; converrà allontanarlo, per quanto è possibile, dalla sua residenza abituale, nella quale cominciarono le sue preoccupazioni morbose ed isolarlo dalle persone di famiglia. I viaggi che pel passato si raccomandavano (Esquirol) riescono più nocivi che utili, almeno nel periodo di stato, [poichè gli ammalati sono in una condizione di esauribilità irritabile del sistema nervoso, e tutte le impressioni nuove li eccitano (E. M.)]; vi si potrà, invece, ricorrere talvolta con vantaggio durante la convalescenza.

Si metterà, [ogniqualvolta lo si possa], l'ammalato, sia in campagna che in città, in una casa tranquilla od in uno Stabilimento idroterapico, purchè però non sia disturbato nella sua calma, [il che per dir vero sarà difficile, data l'indole poco sanitaria e sempre più mondana che hanno assunto questi stabilimenti negli ultimi anni (E. M.)]. La Casa di salute non è sempre necessaria: [in non pochi casi, anzi, è addirittura nociva, massime se si tratta di forme miti di melancolia, nelle quali è opportuno mantenere sveglia la affettività dell'ammalato (E. M.)]: essa è però ancora il mezzo che risponde meglio alle esigenze della situazione quando, specialmente, si abbia a che fare con una forma di melanconia agitata o delirante con idee di suicidio, o con una forma di malinconia con stupore [e con sitofobia]. D'altronde, qualunque voglia essere la residenza prescelta, l'ammalato deve essere sorvegliato di giorno e di notte. Non bisogna mai fidarsi di un melanconico; anche quando l'affezione sembra benigna, si debbono sempre temere gli impulsi al suicidio. Cominciato il miglioramento, dovremo ancora stare in sull'attenti; non possiamo essere sicuri che a guarigione completa.

Il *contegno del medico* nella cura del lipemaniaco sarà quello di un consigliere pietoso: converrà fargli capire che ci si interessa della sua sorte, si

---

(*a*) Cfr. Godfernaux, Le sentiment et la pensée, già cit.; Dumas, Les états intellectuels de la Mélancolie, Paris, Alcan, 1895.

cercherà di acquistarne la fiducia. Pur non condividendo le idee deliranti degli ammalati, eviteremo di entrare in discussioni su di esse; i tentativi di confutarle non fanno, di regola, che stancare gli ammalati, provocar in loro diffidenza, [e talvolta non giovano, purtroppo, che ad allargare la sfera dei loro raziocinii illogici porgendo loro nuovi argomenti in favore del delirio o facendo balenare l'idea-germe di un nuovo delirio allegorico sullo stato cenestetico (E. M.)].

Quando lo stato di depressione malinconica è compatibile con una certa attività, sarà bene spingere il lipemaniaco ad occuparsi, e così cercare di *distrarre* i suoi pensieri dalle preoccupazioni morbose che lo tengono assorto. Le passeggiate all'aria aperta, il lavoro dei campi, della floricoltura, talvolta anche la ginnastica moderata e razionale, [il velocipede], riescono utili a tale riguardo. Ma queste occupazioni debbono essere ripartite in modo da lasciare all'ammalato tutto l'agio possibile per riposarsi: si metteranno in azione le sue forze con oculatezza ed, in alcuni casi, si trarrà vantaggio dall'obbligarlo a riposare alcune ore durante il giorno, specialmente dopo il pasto. [In certi casi gioverà anzi tenere il povero alienato nel più completo riposo, e in letto per molte ore della giornata.

La *suggestione ipnotica* è stata consigliata e tentata, ma con esito diverso. Voisin, Raufinotiwsch, Luys, Bernheim, Forel, Van Retterghem, ecc., ne parlano con molte lodi; altri invece (ed io sono fra questi) non ne ha cavato gran frutto. Una commissione di alienisti italiani nominata per studiare questo argomento, ha dichiarato unanime che i più sicuri effetti si ottengono solo nelle psicosi a base isterica, nella dipsomania, nella morfinomania (io ne ho fatto pubblicare dal Tanzi un caso tipico), e fra le vesanie nella sola melancolia senza idee deliranti (*a*). Ma per lo più i lipemaniaci non sono suggestionabili, sia perchè non prestano attenzione sufficiente alle manovre ipnotiche o non hanno fede nell'autorità del medico (un gran numero non riconosce il proprio stato di malattia), sia perchè le loro idee fisse ci impediscono di farli cadere in quello stato di credulità monoideistica, su cui tutti si fondano i " miracolosi „ effetti terapeutici della ipnosi. Ad ogni modo, parrebbe preferibile alla ipnotica la suggestione in veglia da me largamente dimostrata possibile in moltissimi casi (*b*): essa non ha gli svantaggi della ripetuta ipnotizzazione (E. Morselli)].

L'*alimentazione* sarà regolare, sostanziosa, abbondante. Vi domineranno gli albuminoidi sotto forma di carne, uova, latte. Riusciranno utili anche gli stimolanti, il the, il caffè, il vino in piccola quantità. Ma, come vedemmo, gli ammalati hanno spesso indifferenza o ripugnanza per gli alimenti: allora si è costretti di forzarli a mangiare; conviene, per così dire, mettere loro il boccone in bocca, e questa è una pratica che non bisogna tralasciare, [poichè, ad insaputa degli assistenti e se il medico non si informa precisamente di tutto, può la quantità di cibi assunta dal melancolico essere relativamente insufficiente. Il deperimento di molti ammalati, attribuito per errore alla vesania, è l'effetto di questa trascuratezza del personale, soprattutto nei manicomii male organizzati (E. M.)]. Certe volte arrivano i lipemaniaci ad un rifiuto ostinato per ogni alimento; in tal caso è necessaria l'alimentazione forzata per mezzo della sonda (*c*).

(*a*) Cfr. " Congr. Freniatrico di Siena „ in *Arch. ital. per le mal. nerv.*, XXVII, 5. — Ventra, *Manic. mod.*, 1891; Galdi, ivi, 1894, n. 3.

(*b*) Le mie indagini trovansi riferite nella Memoria intitolata: Contributo critico-sperim. alla fisiopsicologia della suggestione, in *Rivista di filosofia scientifica*, IX, 1890, p. 513 (E. M.).

(*c*) [Fra gli alienisti italiani che si occuparono dell'argomento veggansi: Riva, Aliment. degli alienati sitofobi, *Riv. di Fren.*, 1882 — Cera, opuscolo edito a Napoli, 1883 — Sanna Salaris, *Annali di Fren. e Sc. affini*, Torino 1891 (E. M.)].

[Giova premettere che alcuni insigni alienisti (Damerow, Griesinger, Verga, Meyer, Pelman, Siemens, ecc.) si sono dichiarati avversarii del metodo comunemente usato della sondatura, sostenendo che l'alimentazione forzata reca più danni che vantaggi; che il rifiuto di cibarsi degli alienati non ha così grandi pericoli come si crede, potendosi avere il digiuno spontaneo per cause psichiche fino a 14 giorni senza danno, e che l'astinenza non è quasi mai assoluta (*a*); che nel più dei casi basta che l'ammalato beva acqua per ritardare la diminuzione del peso del corpo (*b*). I recentissimi esempii di digiunatori darebbero nuovo appoggio a tale critica dell'alimentazione forzata; ed io pure credo che non convenga troppo affrettarsi a sondare un così detto " sitofobo „. Ma quando esperite tutte le blande misure, esperito pure lo stratagemma di non più insistere con parole o gesti, lasciando come per caso cibi adatti alla portata dell'infermo, non si riesce a smoverlo dalla sua ostinazione, e quando sia trascorso il termine di digiuno che si riterrà bastevole a porre in pericolo l'esistenza in confronto delle condizioni nutritive generali, sarà d'uopo ricorrere agli apparecchi meccanici. Ve ne hanno più modelli, a sifone, a pistone, a pompa di caucciù, ma in sostanza la parte indispensabile è la sonda (E. Morselli)]. La quale sarà molle e flessibile, del diametro di circa 5 millimetri. La si introduce nella bocca previo allargamento delle arcate dentarie, o, meglio, pel naso; alla sua estremità libera si adatterà quindi la cannula [della siringa] o di un irrigatore ad imbuto nel quale si verserà il liquido nutritivo. Ci si assicurerà che la sonda sia penetrata nell'esofago, e non nella trachea, stando attenti a quanto succede dopo la penetrazione delle prime piccole quantità di liquido. Se la sonda è in trachea, avremo subito tosse e dispnea. Generalmente si fa il sondaggio due volte al giorno, al mattino ed alla sera, ed ogni volta si darà in media mezzo litro di liquido composto di brodo o di latte al quale si mescoleranno delle uova, della polvere di carne, della carne cruda raspata, qualche volta del vino od un po' di cognac, ed, ove lo si creda opportuno, dei medicamenti tonici e ricostituenti (olio di fegato di merluzzo, sciroppo di joduro di ferro, sciroppo di china, soluzione di arseniato di sodio (1), [trefusia di D'Emilio, secondo il dottore Madone, ecc. Dei così detti surrogati della carne, siano essi estratti secondo il metodo Liebig, o peptoni, ecc., bisogna diffidare. Esami chimici recenti vi dimostrarono la presenza di grandi quantità di leucomaine e altri prodotti consimili di putrefazione delle sostanze albuminoidi. Un buon preparato, che a me ha dato nell'alimentazione dei sitofobi vantaggi innegabili, è il somatosio ora è poco introdotto in commercio: esso è dotato di alto potere nutritivo (E. M.)].

Nei casi frequenti, nei quali esiste un catarro delle vie digerenti, troverà utile indicazione l'*antisepsi gastro-intestinale*, non solo allo scopo di combattere la sitofobia ma anche per prevenire le auto-intossicazioni secondarie

---

(*a*) Cfr. fra gli avversarii della sonda, Siemens, in *Archiv für Psych. u. Nervenk.*, XIV, 1883, p. 568-98. Il Cougnet ha chiamato " sitofobia paradossa „ il curioso fenomeno offerto da alcuni alienati che dopo essere stati alimentati con la sonda in un periodo di astinenza passiva per delirio, allucinazioni, ecc., anche cessate le ragioni acute di essa continuano volentieri a sottoporsi alla sondatura (*Arch. di Psich.*, VI, 1884). Io ne ho visto alcuni che all'ora determinata e in attesa del medico si pongono nell'atteggiamento opportuno per l'operazione. Si tratta qui di un vero pervertimento dell'istinto di nutrizione (E. Morselli).

(*b*) Cfr. Tuczeck, Stoffwechseluntersuchungen bei abstinirenden Geisteskranken; *Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, XV, 1884.

(1) Per particolari si consulti: J. Luys, Le Traitement de la folie, pag. 258. Parigi, Rueff edit., 1893.

(Bettencourt-Rodriguez, Pachoud, Alt, Régis, Mac Pherson) (1). A tale uopo possediamo varii medicamenti: benzonaftolo, salicilato di bismuto, naftalina, [resorcina, salolo, ecc.], o praticando, per quanto è necessario e regolarmente, la lavatura dello stomaco per mezzo della sonda. La stipsi, comune nella lipemania, deve essere combattuta con tutti i mezzi: si ricorrerà al calomelano, ai purganti salini, all'olio di ricino, aiutandone l'azione con lassativi o clisteri, con pillole di cascara sagrada, di aloe, con polveri lassative. [Buoni effetti si ottengono somministrando regolarmente al mattino una dose moderata di sali o di acqua di Carlsbad, non tanto per ottenerne le scariche alvine, quanto per approfittare dell'azione antifermentativa delle sostanze saline (E. M.)].

Per sostenere la nutrizione languente e per attivare la circolazione cutanea potremo ricorrere all'*idroterapia*. Si tenga presente però che le reazioni sono spesso molto lente nei lipemaniaci, ed usando sistematicamente e senza discernimento la doccia fredda ci esponiamo al pericolo di provocare delle congestioni viscerali. La doccia fredda non trova la sua vera indicazione che in alcuni melanconici semplici o durante la convalescenza della melanconia depressiva. Ricorreremo di preferenza agli impacchi umidi, alla doccia temperata o scozzese, ai bagni senapati. Ed anche questi sussidii terapeutici debbono essere usati con circospezione; si vada avanti con prudenza (*a*).

La elettricità statica, [o " franklinizzazione ", i bagni idrofaradici secondo il metodo di Eulenburg, le vibrazioni meccaniche o terapia vibratoria (*b*) (E. M.)], la faradizzazione della pelle, il massaggio, potranno anch'essi riuscire utili in alcuni casi. [La faradizzazione generale, specialmente, col metodo di Stein (*c*) dà ottimi risultati nelle forme miti di melancolia: io la alterno con la galvanizzazione cefalica. Questi mezzi possono agire anche come *stimolanti* per eccitare le intorpidite azioni psicomotorie dei melancolici. A tale scopo si sono proposti pure rimedii interni, l'alcool, gli stricnici, l'agarico moscario: con quest'ultimo Bareggi avrebbe ottenuta una diminuzione della tristezza ed un aumento di attività intellettuale ed affettiva, ma è verosimile che si avessero solo gli effetti dell'ebbrezza (*d*).

Da qualche tempo si va lodando, con il solito fervore per le novità, l'uso

---

(1) Si consultino Régis, Traitement de la sitiophobie des aliénés, nei *Bull. et Mémoires de la Société de Méd. de Bordeaux*, 1886. — Mac-Pherson, De l'influence de la désinfection intestinale sur quelques formes de folie aiguë, in *The Lancet*, agosto 1892.

(*a*) [L'Hegglin (*Zeitschrift f. klin. Medicin*, XXVI, 1895, fasc. 1° e 2°) ha studiato con molto acume l'azione della doccia fredda sulla pressione intravascolare, che essa alza generalmente o fa oscillare, e sul lavoro del cuore, espresso dal rapporto fra la pressione intra-arteriosa e quella entro l'orecchietta sinistra, rapporto che la doccia diminuisce. Questa diminuzione indica rialzo di pressione entro l'orecchietta; di là il pericolo delle applicazioni idroterapiche intempestive nei lipemaniaci e in tutti gli alienati dove si possa sospettare incipiente degenerazione grassosa del cuore, o che siano cachettici, od ateromasici. La doccia resta indicata nei soggetti giovani il di cui cuore abbia bisogno d'essere stimolato, e in cui convenga rimediare alle stasi venose ascrivibili ad un insufficiente lavoro cardiaco. Gli stati depressivi, leggeri, con adinamia generale, specialmente se preceduti o accompagnati da clorosi, da anemia e da un leggiero grado di polisarcia, indicano all'alienista l'uso metodico delle doccie, ma sempre a pressione mediocre e a temperatura non inferiore ai 12° o al più 10° C. (E. Morselli)].

(*b*) [Le prime applicazioni di terapia vibratoria alla cura delle malattie mentali furono tentate da me e Buccola nella Clinica psichiatrica di Torino fino dal 1882 (Cfr. Morselli, in *Boll. Reale Accad. med. di Genova*, 1893, e *Terapia moderna*, Padova 1893)].

(*c*) Cfr. Stein, Lehrb. d. allgemeinen Elektrisation, IIIa ediz., Lipsia 1887.

(*d*) Cfr. Bareggi, C., in *Arch. ital. per le mal. nervose e mentali*, 1882, p. 219.

di *ghiandola tiroide* o fresca, o disseccata, o in estratto (*a*); ma è un metodo di cura destinato a vita effimera, come il brownsequardiano.

E invero furono tentate anche le cure col noto metodo di Brown-Séquard, dette impropriamente di " trasfusione nervosa " (iniezioni ipodermiche di succo testicolare, di fosfati, di succo fresco di cervello, ecc.) (*b*), ma senza grandi effetti, trattandosi d'una terapeutica, come ben notò Massalongo, meramente *suggestiva*, che non ha presa sui non sani di mente.

Alcuni anni or sono venne raccomandata la *trasfusione del sangue*, massime da alienisti italiani (Livi, Ponza, Michetti, Brancaleone, Leidesdorf, Meynert, ecc.) (*c*); che anzi era certo un lipemaniaco quel giovane che venne sottoposto dal Denys di Parigi alla prima delle transfusioni operate nel 1600. Meynert ha visto nei lipemaniaci trasfusi alzarsi il polso e migliorarsi lo stato mentale, ma i risultati, per quanto or son due decennii se ne sia menato scalpore, mai furono duraturi. Converrebbe forse riprendere oggi questo metodo terapeutico, illuminati, come siamo, un po' più sull'origine tossica ed antitossica di certe affezioni nervose e psichiche, ed io credo che in questa direzione si potrà sperare nei progressi futuri della sieroterapia (E. Morselli)].

Nei melanconici agitati che soffrono d'insonnio sarà bene fare uso di *calmanti* e di *ipnotici*. [Il primo sedativo cui ricorrere è, però, il bagno tepido; Baker si loda anzi del bagno turco (E. M.)]. Riesce utile talvolta il bromuro di potassio; il cloralio alla dose di 1 o 2 grammi alla sera è un medicamento utilissimo, ma si sarà prudenti nel suo uso pella sua azione vasodilatatrice: la paraldeide, alla dose di 3 grammi che può arrivare fino a 6 od 8, è immune da questi inconvenienti; [ed altrettanto utile, secondo Marandon, è il somnalio, da 3 a 8 gr., mentre è nocivo nelle altre vesanie (E. M.)]. Ma il farmaco che fa miglior prova di sè e pare il migliore dei calmanti nella lipemania, è l'oppio. " Il riposo del cervello determinato dall'oppio, dice Schüle, è come l'immobilità di un arto in un apparecchio di contenzione ". Ed aggiunge: " Il segreto ed il successo della terapia oppiacea stanno nell'uso metodico di questo medicamento ". Lo si usa più di frequente sotto forma di iniezioni sottocutanee di cloridrato di morfina (Erlenmeyer, Roller, A. Voisin, Schüle). Si comincia con dosi deboli, 5 milligr. ed anche meno, e gradatamente arriva fino a 10, 15 centigrammi al giorno. A. Voisin (1) consiglia la dose di 20, 30, 40 centigrammi ed arriva fino ad un grammo al giorno; ma Schüle non va oltre i 20 centigrammi; anzi, non raggiunge tale dose che in casi eccezionali. Tale quantità viene somministrata in due o tre iniezioni. Ci si regola a seconda degli effetti avuti, iniettando tanta morfina quanta è necessaria per ottenere la scomparsa degli attacchi di ansietà ed il sonno. Con opportuni saggi ci regoleremo sull'opportunità della diminuzione della dose che, come l'aumento di esse, deve essere progressivamente ricondotta a zero. L'esperienza dimostra che solo di rado debbono temersi i pericoli della morfinomania: gli ammalati

---

(*a*) Cfr. Lewis C. Bruce, in *Journal of mental Science*, gennaio 1895.

(*b*) Cfr. Marro e Rivano, in *Annali di Freniatria e Sc. affini*, vol. II, 1890-91; Ventra e Fronda, in *Manicomio moderno*, 1890, n° 1-2; Capriati, *Arch. di Neurol.*, 1892; Cullerre, *Gaz. médic. de Paris*, 1892 e 1893; Rossi C., *Riv. di Fren.*, XIX, 1895, p. 665; Massalongo, *Rif. medica*, 1893.

(*c*) Cfr. *Atti del Congresso freniatrico*, Imola 1874; Meynert, Ueber Transfusion bei Geisteskranken, *Wien. med. Woch.*, 1874; Morselli, La trasfusione del sangue, Torino, Loescher, Iª ediz., 1875; IIª ediz., 1883, un vol. di pag. 600.

(1) A. Voisin, Leçons cliniques sur les maladies mentales, p. 684, Paris 1883. [Cfr. Venturi e Canger, *Manic. mod.*, 1887. — Sulle iniezioni di estratto di oppio, ricordate più avanti, vedi Canger, *Manicomio moderno*, IV, 1888 (E. M.].

si disabituano facilmente da tale medicamento, invece del quale, alla fine, per sopprimerlo definitivamente, potremo prescrivere dell'oppio per via interna. [L'estratto di oppio surroga bene la morfina anche per iniezioni ipodermiche, come ha largamente sperimentato il Canger (E. M.)].

D'altra parte, la somministrazione dei rimedii per via interna può farsi soltanto negli ammalati che li ingeriscono. In tal caso si dà, sia l'estratto di oppio in pillole, sia il laudano (Pierret, Belle e Lemoine), del quale se ne può prendere fino a 200 gocce in veicolo liquido. Non è ben dimostrato se l'uso sistematico dell'oppio per eccitare l'astenia vascolare, che alcuni autori credono la condizione patogenetica della malinconia, fornisca vantaggi reali in tutti i casi di lipemania. In ogni caso, però, l'osservazione dimostra i buoni effetti del medicamento quando l'affezione si accompagna ad agitazione, ad attacchi di ambascia e ad insonnio. [Ma fa d'uopo continuarne a lungo la somministrazione, per due, per tre mesi, dandolo metodicamente alla stessa ora del giorno e in dosi debolmente progressive. Il solo effetto nocivo è la stipsi, ma questa per lo più cessa dopo alcuni giorni. Ad ogni modo vi è chi spinge la sedazione oppiacea nella cura della melancolia fino a indurre un sonno prolungato di 5-6 settimane (!). Jong al Congresso medico di Roma affermò di averne avuto buoni effetti (E. M.)].

I *rivulsivi* trovano di raro la loro indicazione. Al massimo potremo ricorrere ai vescicanti ed alle punte di fuoco alla nuca nei casi di stupore con tendenza a congestione del capo; questo caso però capita di raro. Riguardo ai sanguisugi od ai salassi converrà proscriverli, trattandosi di un'affezione che tende per sè stessa a rendere anemico e debole un ammalato.

Esposti così brevemente i mezzi di cui disponiamo per la cura generale della malinconia, crediamo opportuno indicare, sotto forma di riassunto, quelli di essi che sono più indicati in ciascuna forma di quest'affezione.

Nella *malinconia semplice* prescriveremo: la vita quieta, il riposo alternato con un modico esercizio, la cura idroterapica e specialmente le docce temperate, i bagni, il massaggio; si somministreranno lassativi e purganti leggeri ove siano richiesti dalle condizioni dell'intestino; si sorveglierà sulla regolarità dell'alimentazione, all'occorrenza si stimolerà l'appetito cogli amari; si prescriveranno i tonici, ferro, chinina, arsenico; contro l'insonnia si useranno il cloralio, la paraldeide, il trionale.

Nella *malinconia depressiva con idee deliranti* ed in quella ansiosa [con intensa psichialgia] si prescriva lo stesso metodo di cura, al quale si aggiungeranno iniezioni ipodermiche di morfina o l'oppio.

Nella *malinconia con stupore:* sorveglianza continua, alimentazione ricostituente ed, ove occorra, forzata; tonici, ferro, chinina, arsenico, in via eccezionale, rivulsivi alla nuca; si tentino le iniezioni di morfina ed, internamente, l'oppio.

[Nella *melancolia agitata*, che è di tutte le forme la più difficile a curare e la più ribelle, Belle e Lemoine applicano: il riposo in letto, decubito dorsale più a lungo che sia possibile, onde combattere l'anemia cerebrale; ogni mattina o almeno ogni due giorni, a digiuno, un bicchiere d'acqua minerale purgativa di Hunyadi-János; tintura di noce vomica, 5 goccie al giorno, in una pozione presa prima dei due pasti principali; laudano a dose progressiva, da 5 goccie in su, mattina e sera; doccie a getto interrotto, molto brevi, e solo se il fisico dell'ammalato le tollera. Con tal cura dicono d'avere ottenuta la

guarigione di quasi tutti i casi, riducendone il decorso a sole 3 settimane, al più 2 mesi (E. M.)].

Bibliografia: [Krafft-Ebing, Die Melancholie, eine klin. Studium, Stuttgart, Euke, 1874 (E. M.)] — Ach. Foville, art. " Lypémanie „ nel *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1873. — Christian, Étude sur la mélancolie. Paris 1876. — Ch. Mercier, art. " Melancholia „ in *Dictionnary of psychological Medicine* di Hack Tuke, Londra 1892. — [Mendel, art. " Melancholia „ in *Real-Encyclopaedie*, Iª ediz., 1883, vol. VIII (trad. ital. Napoli); — Ball, in *Encéphale*, maggio e giugno 1888; — Robertson, in *Journal of mental Science*, gennaio 1890; — Falret e Marandon de Montyel, in *Ann. méd.-psych.*, genn. e marzo 1890; — Farquharson, in *Journ. of mental Science*, genn. 1894 (E. M.)].

[III.]

CONFUSIONE MENTALE

[*Amenza confusionale e stupida* (E. M.)].

Sinonimia (*a*). — Demenza acuta (Esquirol); [Dem. acuta guaribile, Varii tedeschi]; Stupidità (Georget, Delasiauve); [Stupore primitivo (Gambari ed alienisti italiani)]; Torpore cerebrale (Ball): *Verwirrtheit* (Wille); Amenza (Meynert, Serbsky); Hallucinatorischer Wahnsinn (Krafft-Ebing); Hallucinatorische Verwirrtheit (Meynert, Fritsch); Acute hallucinatory confusion (Spitzka); [Delirio sensoriale (Varii autori italiani e francesi); Frenosi sensoria acuta e Stupidità (Morselli, 1883); Confusione mentale primitiva (Chaslin); Amenza confusionale e amenza stupida (Morselli, 1890); Disnoia (Korsakoff); Hallucinose (Levinstein-Schlegel); Paranoia psiconeurotica primaria acuta (Amadei e Tonnini); Paranoia hallucinatoria acuta e Stupidität (Ziehen) (E. M.].

Definizione. — La amenza confusionale o disnoia è un disturbo psichico caratterizzato, come indica il nome, dalla confusione delle idee, dall'impossibilità di coordinarle e di riconoscere con esattezza la natura delle percezioni, però senza alcun disturbo costante e fondamentale del sentimento.

Si tratta di un'obnubilazione, abitualmente passeggera, delle facoltà intellettuali, di uno stato di torpore cerebrale (Ball) o di demenza acuta, intendendosi qui col termine " acuta „ di significare che, in questi casi, il disturbo si sviluppa ordinariamente in modo rapido e non è irrimediabile come quello della demenza propriamente detta. [Tuttavia, per non fare equivoci, sarebbe meglio che si abbandonasse da tutti la denominazione di demenza, riservandola ai casi di indebolimento cronico, sia primitivo sia secondario, ma sempre irrimediabile delle facoltà intellettuali (E. M.)].

(*a*) [Tutti questi sinonimi ed i moltissimi altri consimili che potrei aggiungere (Chaslin ne enumera ben 36 ed è ancora incompleto!) non soltanto dimostrano la diversità di apprezzamenti intorno a questa forma di vesania acuta, ma, checchè dica il Ballet per unificarne e semplificarne il quadro nosografico, non si corrispondono affatto. Un semplice sguardo alla breve sinonimia dell'Autore e alle mie aggiunte rivelerà come *almeno due* (oltre alla " catatonia „ di Kahlbaum) siano le forme di psicosi, che il presente capitolo del " Trattato di Medicina „ unisce sotto una sola definizione; cioè la *stupidità* o *demenza primitiva guaribile;* e la così detta " *Verwirrtheit* „ o " *hallucinatorische Wahnsinn* „ dei tedeschi, che altri designa, equivocamente a mio avviso, come " paranoia allucinatoria acuta „ o " psiconeurotica „, ma con più ragione come " frenosi sensoria „ o " allucinosi „. La denominazione migliore è sempre quella di *amenza*, tanto illustrata dal genialissimo Meynert (Lez. clin. di Psichiatr., trad. ital., Milano, F. Vallardi, s. d., pp. 29-111); se non che io reputerei necessario introdurre una distinzione fra la *amenza stupida* pr. detta e la *amenza confusionale*, che è quella qui dal Ballet specialmente trattata. Si veggano anche le altre mie note al presente capitolo (E. Morselli)].

La confusione mentale, piuttosto che un'entità nosologica, è una sindrome. La sua patogenesi, come la sua eziologia, probabilmente è molto complessa. Essa costituisce meno una psicosi a vero dire, che uno stato cerebrale possibile a manifestarsi quale complicazione in circostanze svariatissime.

Gli stati di confusione mentale non debbono essere scambiati con quegli stati maniaci o malinconici, ai quali, per le parvenze cliniche, possono assomigliare. Nella mania abbiamo una sovrattività delle funzioni cerebrali; nella malinconia il disturbo principale è di ordine emotivo, è cioè una tristezza con depressione e con idee deliranti secondarie [più propriamente allegoriche], ipocondriache, di colpabilità o di rovina. Nella amenza confusionale, come ben dimostrò Delasiauve, [che la chiamava " stupidità „ (E. M.)], si ha torpore intellettuale, mancanza più o meno assoluta d'idee, intralciamento od abolizione del processo del pensiero.

Storia. — [Se si volesse indietreggiare sino alle prime nozioni nosografiche intorno a questa forma di psicosi, facilmente si troverebbe che in ragione della sua frequente origine febbrile, tossica e neurosica, essa è stata riconosciuta *ab antiquo*. Forse è la " frenite „ di Ippocrate; ad ogni modo essa è, certo, la *paraphrosyne* di Sauvages e di De-Valenzi (*delirium Latinis, alienatio mentis acuta, transitoria, saepe febrilis, ex pathematibus, ex exanthematibus, hysterica*, ecc.); è pure la *paracope* di Ploucquet che egli mette a capo della sua classe delle " paranoiæ „. Ma nel significato odierno la confusione mentale ha una storia ristretta al nostro secolo; anzi si può dire ai soli ultimi decennî (E. Morselli)]. Intravvista da Pinel ed Esquirol, che per descriverla crearono l'espressione [poco plausibile] di *demenza acuta*, essa fu anche oggetto di descrizione per parte di Georget, Étoc-Demazy (1), Ferrus, i quali la chiamarono *stupidità*. Secondo Georget, essa consiste " nella mancanza accidentale della manifestazione del pensiero, perchè l'ammalato non è capace di concepire o di esprimere le sue idee „. Sotto l'influenza degli autori ora citati, si ebbe il torto di allargare troppo il dominio dell'affezione, facendovi rientrare la maggior parte dei casi di stupore, [o in cui si presentava la sindrome " stupore „ (E. M.)].

Baillarger (2) reagì contro questa tendenza, e dimostrò che, *in molti casi*, gli alienati che passano sotto il nome di stupidi non hanno che l'apparenza della stupidità; che essi hanno un delirio del quale possono ricordarsi dopo esserne guariti, e che è specialmente caratterizzato da idee tristi con disturbi dei sensi ed illusioni sensorie. Secondo questo autore la stupidità non costituirebbe il più delle volte che il massimo grado della malinconia [passiva].

L'esattezza dell'osservazione di Baillarger condusse a generalizzare [troppo] le giuste avvertenze di questo autore. Invece di dividere dal gruppo alquanto confuso degli stupori soltanto i casi che certamente appartengono alla malinconia, tutti furono invece ascritti a quest'ultima affezione, e nella maggior parte dei Trattati, almeno nei francesi, si trascurò la descrizione della stupidità.

Pertanto Delasiauve (3) aveva tentato dimostrare che non è giusto il togliere codesto stato mentale dalla nosografia. Egli rifece la descrizione della stupidità, e dimostrò che essa è specialmente caratterizzata dalla *confusione* e dal

(1) Étoc-Demazy, De la stupidité considérée chez les aliénés. Ricerche fatte a Bicêtre ed alla Salpêtrière, 1833.

(2) Baillarger, De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité, negli *Ann. médico-psychol.*, 1843.

(3) Delasiauve, Du diagnostic différentiel de la lypémanie, negli *Ann. médico-psychol.*, 1841 e nel *Journal de Médecine mentale*, passim, vol. I, II, III e V.

caos dell'idee. [La sua pittura clinica dello stato di stupore è anche oggi di una evidenza ed efficacia ammirabili (E. M.)]. Dagonet (1) [molti anni dopo] si rivelò dello stesso parere.

Mentre in Francia, per influenza delle idee di Baillarger, gli autori, quasi senza eccezione, persistevano a confondere la melanconia [attonita] cogli stati di confusione mentale, all'estero si restava fedeli alle tradizioni di Esquirol e Georget, [e lo stupore primitivo, non collegato a depressione lipemaniaca, figurava tanto nelle pubblicazioni scientifiche e nelle classificazioni generalmente adottate, quanto nelle diagnosi empiriche e nelle stesse statistiche dei manicomii. In Italia il Bonucci, il Girolami, il Gambari avevano trattato questo soggetto (*a*), che fornì occasione pochi anni dopo ad una memorabile polemica in seno alla R. Accademia medica di Torino, fra l'alienista Bonacossa ed il clinico medico Timmermans a proposito di un caso descritto da quest'ultimo sotto l'erroneo nome di " letargomania „ (*b*) (E. M.)]. Nella maggior parte dei Trattati classici tedeschi (Krafft-Ebing, Schüle, Kräpelin, Meynert) od inglesi (Clouston, Spitzka, Bevan-Levis, Savage, ecc.), si consacrano alla stupidità, più comunemente detta demenza acuta, articoli od almeno paragrafi speciali. [E che in Germania, in Inghilterra, in Italia si sia seguitato ad ammettere l'indipendenza nosologica non solo dello stupore, ma della forma caotica o allucinatoria della vesania confusionale, lo mostrano quasi tutte le classificazioni ivi adottate, tanto nelle pubblicazioni scientifiche, quanto nei censimenti dei Manicomii. Si può citare in prova il mio Saggio tassinomico (*c*), dove la seconda sottosezione delle vesanie tipiche primitive era basata sul criterio della " mancanza di una alterazione fondamentale del sentimento „ (criterio che ora viene presentato come una novità!), e dov'essa comprendeva tre forme: la *frenosi sensoria acuta*, che corrisponderebbe alla confusione mentale allucinatoria; la *stupidità*, o stupore primitivo o demenza acuta guaribile; e la *catatonia* o pazzia catatonica, che illustrata da Kahlbaum non aveva prima ottenuto mai un posto ben preciso nella classificazione delle vesanie (E. Morselli)].

I lavori di Wille (2), [di Luzenberger (*d*)], di Serbski (3), su quest'argomento

---

(1) Dagonet, De la stupeur dans les maladies mentales et de l'affection mentale désignée sous le nom de stupidité, in *Ann. médico-psychol.*, 1872, e nel *Nouveau Traité des maladies mentales*, loc. cit., [IIª ediz., 1876] pag. 246. [Cfr. dello stesso autore l'edizione del 1894, a pp. 328-347 (E. M.)].

(*a*) [Cfr. Bonucci, Fisiol. e patol. dell'anima umana, 1852 — Gambari, Se esiste realmente nella pazzia una forma stupida e se debbasi sceverarla dalla lipemania con stupore, *Append. psichiatrica della Gazz. med. lomb.*, 1883. — Colgo l'occasione per far notare che una grande parte degli equivoci intorno all'esistenza della vesania stupida come forma a sè è nata dal significato delle parole *stupore*, *stupidità*, *stupidezza*, ecc. che nel linguaggio comune indicano cose diversissime: la prima uno stato più o meno improvviso dell'animo, le altre due uno stato d'insensatezza connaturata nella persona di cui si parla. Altra avvertenza è da farsi (e questa di gran valore nosologico) intorno alla difficoltà di accordarsi nel mettere insieme lo stupore primitivo, o vesania stupida propriamente detta, con quei casi di confusione in cui invece d'una condizione inerte della mente ne esiste una di effervescenza, sia pure caotica. Più innanzi segnalerò i punti in cui io, attenendomi al maggior numero degli alienisti tedeschi, e conservando allo stupore primitivo (demenza acuta guaribile, amenza stupida) una posizione nosografica distinta da quella della vera amenza confusionale (o frenosi sensoria, o paranoia acuta), mi allontano dall'autore di questa parte del *Traité* (E. Morselli)].

(*b*) Veggasi nel *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, anni 1867 e 1868.

(*c*) [Sarà utile che io segnali come il mio *Saggio di classificazione* sia uscito in opuscolo a parte fino dal 1883 (Torino, Roux) e largamente da me distribuito a colleghi italiani e stranieri. Esso figura poi, con alcune varianti, come *App.* al Vol I° del Man. di Semej. già citato (E. M.)].

(2) Wille, Die Lehre der Verwirrtheit, in *Arch. für Psychiatrie*, vol. XIX, 1888.

(*d*) Luzenberger A., Sul delirio sensoriale acuto; *Il Manicomio moderno*, vol. IV, n. 1, 1889.

(3) Serbsky, Ueber die acuten Formen von Amentia und Paranoia, in *Allgem. Z. für Psychiatrie*, vol. XLVIII, 1892.

meritano una menzione speciale. Finalmente la recente ed interessantissima Memoria di Chaslin (1) [allargata ora è poco in un volume (*a*)], richiamò l'attenzione degli studiosi su d'una forma di disturbo mentale, che in causa di Baillarger fu a torto misconosciuta e trascurata [dagli alienisti francesi, toltone il Dagonet, che occorre qui segnalare a titolo di onore (E. M.)].

Eziologia. — La confusione mentale, considerata come sindrome, si manifesta episodicamente nel decorso di varie affezioni generali e di gran numero di affezioni mentali. Lo stupore che accompagna la febbre tifoide tanto di sovente da averle fatto dare il suo nome [dal greco τῦφος, fumo, offuscamento, e, per metafora, stupidità della intelligenza (E. M.)], quando è molto pronunciato si avvicina assai alla amenza confusionale, di modo che possono darsi degli errori diagnostici. D'altra parte, possiamo osservare la stupidità, cioè la confusione mentale nella sua massima intensità, dopo accessi di mania o di melanconia, presso a poco come accade nelle forme depressive della follia periodica, negli epilettici dopo o, più raramente, prima dell'accesso, nei delirii tossici, specialmente nell'alcoolico [e, bene interpretando i fatti clinici, nel cocainico e nel morfio-cocainico (E. M.)], infine nella paralisi generale progressiva; ma qui noi ci limitiamo soltanto a ricordare questo fatto.

Di guisa che la confusione mentale della quale intendiamo trattare in questo capitolo, è quella soltanto che, qualunque ne sia la causa, riveste i caratteri di una vera entità morbosa, che clinicamente è ben distinta e si manifesta all'infuori (se non indipendentemente) dagli stati patologici suddescritti: [essa merita una designazione speciale, onde non essere scambiata colla sua sindrome]. Si tratta cioè della confusione mentale detta *primitiva* (Chaslin), in opposizione alle forme *secondarie* che si manifestano quale complicazione di malattie acute o psichiche: [noi useremo indifferentemente, in questa traduzione, i nomi di *confusione mentale primitiva, vesania confusionale, amenza confusionale* e *stupida disnoia*, sebbene a me sembri quest'ultima la designazione preferibile nell'odierna nomenclatura psichiatrica (E. M.)].

Si tratta d'un'affezione abbastanza frequente. La si osserva specialmente nella donna fra i 20 e 40 anni. La predisposizione ereditaria vi ha una parte molto minore che nella genesi delle altre malattie mentali. Per contro certe malattie infantili, e specialmente il rachitismo, pare ne favoriscano la comparsa. Meynert (2) [che la descrive nel quadro nosografico, abbastanza farraginoso del resto, della sua *amenza* (E. M.)], attribuisce un'importanza speciale al difetto di parallelismo fra il sistema nervoso ed il vascolare.

Fra le cause determinanti, convien prima di tutto citare i traumi accidentali o chirurgici (*b*), gli eccessi di ogni sorta, tanto i sessuali quanto gli alcoolici,

---

(1) Ph. Chaslin, Comunicazione al Congresso di Blois, 1892, e La Confusion mentale primitive, in *Ann. médico-psychol.*, 1892, p. 224. — In questa Memoria è riassunta completamente la bibliografia dell'argomento.

(*a*) [Chaslin, La confusion mentale primitive (stupidité, démence aiguë, stupeur primitive). Paris, Asselin et Houzeau, 1895].

(2) Meynert, *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie*, Wien 1890.

(*b*) [Sono oggidì abbastanza frequenti gli infortunii per velocipede. Goldsmith (*Encéphale*, 1888) descrisse un caso di stupore sopraggiunto per caduta da un triciclo; io, mentre appunto rivedevo quest'opera, ho visto in un giovane di Savona, caduto colla bicicletta da uno spalto di 10 metri, svolgersi uno stato di amenza confusionale, con tendenza allo istupidimento: egli si trova ora, a due mesi dall'incidente, assai migliorato. Quanto alle operazioni chirurgiche come causa di vesania confusionale, appartengono certo a questa forma molti casi riferiti dal Gucci (in *Riv. sper. di Fren.*, 1889), e dal Dent (*Journal of mental Sc.*, 1889). È curiosa la frequenza dei delirii sensoriali notata

le fatiche fisiche [e, oltre all'esogene già citate, tutte le intossicazioni endogene in genere. Il così detto " delirio tossico acuto „ è, in realtà, una forma confusionale di psicosi: lo si vede nei morfinisti, nei cocainisti, ed in coloro su cui agiscono certi rimedii presi a dosi troppo alte, per es. l'antipirina (" antipiromania „ del Capelletti) (*a*) (E. M.)]. [Citeremo, in secondo luogo], come causa le preoccupazioni morali, le grandi emozioni come quelle che si provano per uno spavento improvviso, per una notizia spiacevole o straordinariamente gradita. Dagonet riferisce il caso d'una ragazza sedotta che cadde all'improvviso in istato di stupore in seguito ad una scena che ebbe col suo amante, quando questi seppe com'essa fosse incinta. [Ma qui oltre l'emozione vi era lo stato fisiologico di gravidanza. Più tipico è un mio caso in cui lo stupore sopravvenne improvvisamente alla vista del cadavere d'un suicida (E. M.)]. Noi abbiamo veduto una donna di 40 anni caduta all'improvviso in istato di stupidità, subito dopo che fu côlta in flagrante delitto di furto in un grande negozio di Parigi. [Nolau ha riferito un caso di stupore indotto da pratiche ipnotiche, ed io ne ho visto uno consimile di amenza confusionale brevissima dopo le celebri esperienze pubbliche del Donato (E. M.)]. Queste cause morali agiscono altrettanto più facilmente quanto più i soggetti sono debilitati ed indeboliti da un'anemia cronica, da emorragie o da affezioni acute recenti, [oppure da masturbazione, come avviene negli adolescenti (E. M.)].

La confusione mentale primitiva si manifesta specialmente nella convalescenza di malattie, [nel qual caso Kirn ritroverebbe, specialmente, i caratteri della sua " psicosi astenica „ (*b*) (E. M.)], ed in seguito ad affezioni febbrili infettive; p. es. al tifo (*c*), al vaiuolo, all'influenza, al colèra, alla pneumonite, alla risipola (1). Qualche volta pare che debba riferirsi anche a disturbi dispeptici

---

già da varii oculisti (Sichel, ecc.), negli operati di cataratta, e più recentemente da ginecologi ed alienisti (Vaasberg, Barnes, Voisin) nelle donne sottoposte ad ovariotomie e ad isterotomie. Certi casi di psicopatia blenorragica descritti ora è poco dal Venturi (*Rif. medica*, aprile 1894) ripetono generalmente il quadro della vesania confusionale, ma sembra vi predomini il fattore ereditario, come, del resto, in tutti i casi di pazzia che si svolgono per piccole cause (E. Morselli)].

(*a*) [Sulle psicosi confusionali tossiche, in genere, il Dott. Knörr (in *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, 1892, vol. XLVIII, pag. 599) ha l'opinione abbastanza giusta che corrispondano alla paranoia acuta abortiva di Sander. Per mezzo del Dott. Buccelli, mio aiuto al Policlinico, ho fatto note le mie idee, che collimano con queste, intorno al delirio sensoriale confusionale del cocainismo e morfiococainismo (in *Riv. sper. di Fren.*, XX, 1894). Veggansi, del resto, i capitoli aggiunti più innanzi. Per riguardo all'" antipirinomania „, cfr. Capelletti, in *Riv. Fren.*, 1893, Gourin, Tesi di Parigi, 1893, e Battistini F., Rimedi nuovi, I, Unione Tip.-Editrice, Torino 1895 (E. M.)].

(*b*) Cfr. Kirn, *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, 1891.

(*c*) [Un buon lavoro sui rapporti eziologici della confusione mentale con la tifoide è stato or ora pubblicato dal Saisset: Sur les troubles mentaux qu'on observe pendant le cours et la convalescence de la fièvre typhoïde (Thèse de Paris, 1895). Durante il periodo febbrile o di stato si avrebbe dello *stupore* talvolta combinato con fenomeni di eccitazione intellettuale, mussitazione, tremolìo delle labbra, carpologia, altra volta con illusioni ed allucinazioni, atti incoerenti, idee deliranti, sconnesse, in sostanza una specie di " stato di sogno „ analogo al delirio alcoolico. Nella convalescenza il disordine prenderebbe piuttosto i caratteri della *confusione mentale* o *disnoia:* povertà di idee, incapacità di attenzione, incoerenza, non delirio vero e proprio, ma idee deliranti derivanti da reminiscenze dell'ammalato, fisionomia ebete ed indifferente, di rado triste, abulia completa, atteggiamenti catalettiformi. Lo Janet vi ha osservato dei cangiamenti di personalità, ciò che, del resto, è frequente nella vesania confusionale (E. Morselli)].

(1) Vedasi sull'argomento: Régis e Chevalier-Lavaure, Rapport sur les auto-intoxications dans les maladies mentales, 2ª parte, pag. 39; Congresso degli alienisti della Rochelle, 1893, e le diverse comunicazioni fatte a questo Congresso a tale proposito. — Vedasi anche, per ciò che riguarda le psicosi da influenza: [Morselli, Stati neuro- e psicopatici consecutivi alla influenza, *Riforma medica*, 1890; D'Abundo, *Manicomio moderno*, 1891; Canger, Ivi, 1893]; Toulouze, Psychoses post-influenziques et post-fébriles. La confusion mentale, in *Gaz. des Hôpitaux*, 30 maggio 1893, [che è una pura rivista sintetica, senza osservazioni originali; Mingazzini, in *Boll. R. Accad. med. di Roma*, 1894 (E. M.)].

prolungati e gravi, [forse per autointossicazioni di origine gastrica]. Essa costituisce la forma sintomatica più comune nella follia puerperale; ed in questo caso la sua patogenesi è varia. Durante la gravidanza essa è qualche volta legata all'albuminuria ed alla nefrite cronica; dopo il parto, alle varie infezioni cui questa funzione può aprire l'adito; finalmente, l'allattamento costituisce anche una causa di debilitazione dell'organismo (1).

Riassumendo, la amenza confusionale pare meno la conseguenza naturale di una disposizione ereditaria dell'organismo che un accidente fortuito determinato dalle varie cause che possono, sia scuotere violentemente il sistema nervoso, sia indebolire o spossare temporariamente l'organismo. Siccome essa poi è intimamente collegata colla infezione e con certe auto-intossicazioni (affezioni renali, epatiche, secondo Dieulafoy, Charrin, [Petrone, Vassale], ecc.), così si è propensi a credere che le tossine accidentalmente fabbricate o ritenute nell'organismo non sieno estranee alla produzione della confusione mentale. La quale [pertanto potrebbe in certi casi, ad esempio nelle affezioni renali, costituire un vero equivalente psichico dell'ordinario accesso uremico (*a*) o, in genere, dell'intossicazione ed auto-intossicazione (E. M.)], e per tale guisa si differenzierebbe dalle altre psicosi e specialmente dalle degenerative; insomma, essa, secondo Serbsky, per la sua eziologia e per la sua natura appartiene tanto alla patologia comune quanto alla mentale.

Sintomatologia. — La confusione mentale primitiva si manifesta in modo lento od acuto; nel primo caso, si ha una specie di stadio premonitorio che ordinariamente dura qualche giorno, solo in via eccezionale qualche settimana. In tal caso si hanno insonnio, irritabilità del carattere, un certo grado di ansietà. Gli ammalati sono stanchi, [spesso si lamentano di non poter fare sforzi d'attenzione], talvolta sono soggetti ad imbarazzo gastrico, emettono urine scarse e dense ed hanno un po' di febbre. In tale stadio si possono avere illusioni o allucinazioni dell'udito, del gusto, della vista, [della cenestesi] le quali costituiscono il punto di partenza di idee deliranti, e specialmente di idee vaghe di persecuzione, [o di esagerazione del concetto della propria personalità. Se vi sono modificazioni del carattere, non sono mai profonde: tutto al più v'è una maggior versatilità di umore (E. M.)].

Più comunemente l'inizio è rapidissimo, ed è seguìto da un'agitazione abbastanza viva che ricorda la mania (*b*). In questo stadio, come notò Wille, si hanno

---

(1) Non trattiamo in un capitolo speciale la storia della pazzia puerperale: essa non è un'entità patologica, ma può rivestire le molteplici forme che qui descriviamo (mania, melancolia, confusione mentale, delirio acuto, ossessione ed impulsione); essa non ha alcunchè di speciale, tranne la sua eziologia. Su questo argomento il lettore potrà consultare: *a*) il lavoro fondamentale di Marcé, Traité de la folie des femmes enceintes, Paris 1858; — *b*) Lallier, De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents inféctieux des suites de couche. Tesi di Parigi, 1892; — *c*) G. Ballet, Les Psychoses puerpérales, nella *Médecine moderne*, ottobre e novembre 1892; — *d*) Toulouze, Étiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales, nella *Gaz. des Hôpitaux*, 30 settembre 1893 [che, pur non offrendo alcuna originalità, è una buona rassegna sintetica; — Hoppe, Symptomat. u. Progn. der im Wochenbett ents. Geistesstörungen; *Archiv f. Psych. und Nerv.*, XXV, fasc. I (E. M.)].

(*a*) [Le lesioni renali dànno forse luogo alla forma più tipica di psicosi d'indole autotossica. Cfr. Hagen, *Allg. Zeits. f. Pysch.*, XXXVII, 1882, 1°; Bremer, *Journal of nerv. a. ment. Disease*, 1888, giugno; Vassale, *Riv. di Fren.*, XVI, 1890, p. 95 (E. M.).

(*b*) [Lo studio dei casi clinici riportati per lo più dagli autori sotto il nome di " mania iperacuta ", e di altri registrati nei Manicomii italiani del settentrione sotto quelli di " frenosi " o " mania pellagrosa ", di " tifo pellagroso " mostra che si tratta generalmente di confusione mentale (E. M.)].

frequenti allucinazioni; e allora lo stato mentale ricorda, sotto certi aspetti, quello dell'alcoolismo subacuto.

Quando la malattia è confermata, il disturbo principale consiste nella *confusione delle idee.* Questo stato di profonda confusione mentale, di caos, come giustamente lo chiamava Delasiauve, è facile a verificare negli ammalati che parlano: [vale a dire, nell'amenza di forma confusionale, o psicastenia, a raffronto di quella stupida o stupidità propriamente detta]. Le parole e le proposizioni si succedono senza ordine e non sono in logica connessione l'una coll'altra (" pseudo-incoerenza „). Il linguaggio è intermittente, sconnesso, confuso ed incomprensibile. Esso si compone di parti di frasi, che non rispondono nè alle questioni di cui si tratta nè alle sensazioni provocate. Mentre nel maniaco, nonostante la rapida associazione delle idee, possiamo con qualche attenzione trovare in una consonanza [o associazione fonica], nella sinonimia dei termini, in un certo rapporto di continuità o di contiguità, la relazione che corre fra ciascuna parola o ciascuna frase del discorso e quelle che precedono, ben diversamente succede nella vesania confusionale. In essa l'associazione delle idee, al contrario di quanto succede nella mania, è rallentata e difettosa; ed un'osservazione ben attenta mette presto in chiaro che il fatto predominante si è il difficoltato esercizio intellettuale, [lo stentato processo meccanico del pensiero (E. M.)].

La *percezione* è ritardata od almeno non netta. È raro che le impressioni, specialmente dolorose, non siano risentite: ma gli ammalati ne apprezzano male il punto di partenza e la natura. Le persone e le cose appaiono loro trasformate; la mente di questi soggetti è in preda ad una specie d'indecisione, sia perchè le sensazioni sono troppo superficiali o non segnano un'impronta abbastanza profonda, sia perchè il cervello non è capace del lavorìo di coordinazione e di raggruppamento di queste sensazioni, che sono la condizione necessaria della coscienza. L'attenzione non è più pronta, la memoria si oscura, e la volontà, come è facile capire, diventa torpida; non si hanno più idee chiare delle cose, quelle di spazio, di luogo o di tempo mancano affatto o non sono precise; la mente non fa più le debite distinzioni fra le varie sensazioni percepite; in essa tutto si mescola e si confonde; gli ammalati non capiscono più ciò che loro si dice, che con lentezza ed in modo imperfetto, o non lo capiscono affatto. Essi vivono come in un sogno, ma vago e discontinuo. L'attività psichica volontaria è stata sostituita da un'attività affatto automatica: donde una specie di fantasmagoria [*rêvasserie*], della quale le sensazioni indecise esterne od interne e le allucinazioni costituiscono la trama.

Le *allucinazioni* sono frequenti a riscontrarsi nella amenza confusionale, al contrario di quanto succede nella mania o nella malinconia, nelle quali sono piuttosto rare. Si accompagnano in proporzione variabile alle illusioni; le quali possono interessare tutti i sensi, il gusto, l'udito, la vista. Una delle nostre ammalate, in una pozione che a lei era stata propinata, trovò un gusto particolare e si credeva che la si volesse avvelenare; un'altra vedeva delle persone armate che venivano a lei coll'intenzione di rapirle i bambini. [In una inferma da me vista or ora il turbamento della cenestesi, vagamente percepito come un torpore, era interpretato in via allucinatoria come dovuto ad una immaginaria ipnotizzazione. Io avrei notato che i fenomeni allucinatorii dei pazzi confusionali spesso traggono il loro punto di partenza da reminiscenze di sogno (E. M.)].

La confusione delle idee è incompatibile con un delirio regolare, coordinato. Anche nella confusione mentale primitiva le *concezioni deliranti* sono vaghe,

episodiche, varie, incostanti, senza un andamento regolare; esse sono in gran parte subordinate alle illusioni ed alle allucinazioni. Il più spesso consistono in idee ipocondriache o di persecuzione poco sistematizzate, in timori od in apprensioni senza fondamento.

In questi casi, si capisce come il *tono sentimentale* non possa essere costante. Mentre nella malinconia esso è uniforme, nella disnoia o confusione è indifferente o variabile da un momento all'altro. In essa la tristezza depressiva, causa dello stato melanconico e di tutta la sintomatologia lipemaniaca, o manca affatto o non compare che a mo' di episodio ed affatto transitoriamente; essa costituisce un fenomeno secondario, subordinato e contingente come il delirio. [Talvolta il vesanico confusionale passa senza ragione da una emozione triste al sorriso, e ride e piange con un'alternativa affatto puerile o, meglio, isteroide: nel più dei casi le emozioni che attraversano la sua coscienza sono scolorite (E. M.)].

Del resto i diversi disturbi, che abbiamo or ora menzionati, variano nella loro intensità. [Occorre, anzi tutto, indicare le divergenze a riguardo della condizione della coscienza (E. M.)]. Nei gradi più leggeri di confusione, benchè le idee siano profondamente alterate e male si associno fra di loro, benchè l'individuo non percepisca il mondo esterno che in modo molto indistinto ed abbia perduta la percezione di tempo e di luogo, pure persiste quella per le sensazioni visive, il più spesso associate ad illusioni [e ad allucinazioni]. Quando l'ammalato ritorna allo stato normale, si ricorda più o meno precisamente di queste sensazioni. In un grado più avanzato pare vi sia un'assoluta separazione [della coscienza dell'ammalato] dal mondo esterno: le percezioni sembrano affatto annullate, le funzioni cerebrali annichilite, [in realtà però sono soltanto sospese: l'individuo rimane muto, in una condizione di arresto o di inibizione assoluta (E. M.)]. Questo stato non lascia alcun ricordo dopo la guarigione, [in quanto che, come io ho anche dimostrato recentemente, vi è un rapporto costante fra le alterazioni della memoria e quelle della coscienza (*a*). Si può affermare che di tutte le vesanie acute la amenza, sia essa semplicemente confusionale o raggiunga essa la gravità dello stupore primitivo, è quella che provoca la condizione più profonda, quantunque fortunatamente breve, di incoscienza. In onta alla quale, noi vediamo però l'ammalato compiere talvolta atti complicati che ci possono indurre in errore, apparendo come coscienti, mentre sono soltanto l'effetto dell'automatismo dei centri psichici (E. Morselli)]. Fra questi gradi estremi [di dissinesia o alterazione di coscienza] ve ne hanno molti d'intermediarii: [lo stato di semplice obnubilamento caratterizza, però, la amenza confusionale; lo stato di oscuramento o di arresto caratterizza, invece, la amenza stupida o stupidità propriamente detta (E. M.)].

L'espressione della *fisionomia* nella vesania confusionale è in rapporto con uno stato cerebrale tanto vago: essa varia a seconda che la confusione delle idee è più o meno pronunciata, ma rivela pur sempre l'inerzia dell'intelligenza [fig. 25]. Gli occhi sono semiaperti, le pupille ordinariamente dilatate, più raramente contratte, lo sguardo è smarrito ed incerto. Si ha una specie di atonia generale del viso, d'ebetudine più o meno notevole a seconda della gravità del disturbo cerebrale, ma che è ben differente dalla fisionomia di quegli alienati, nei quali lo stupore è la conseguenza, non già della confusione delle

---

(*a*) Cfr. Morselli, I disturbi della coscienza in relazione con le dismnesie; *Clinica moderna*, Firenze 1895, n. 2 (E. M.).

idee, bensì dei terrori morbosi e dei concetti deliranti (tali sarebbero i melanconici attoniti e certi deliranti parziali). In quest'ultimo caso i tratti del viso sono in preda a contrazione, la fronte è corrugata, l'espressione del viso, che nella stupidità è nulla o vaga, attesta una sofferenza profonda ed uno stato di viva ansietà.

Il *contegno* del vesanico confusionale varia come la fisionomia, ma come questa, nonostante le variazioni di grado e di momento, ci rivela sempre la incoerenza e la sospensione delle idee. Conviene intanto fare qui alcune distinzioni, [che tenendo conto delle naturali associazioni fra i sintomi corrispondono, come vedremo, ad altrettante forme di vesania ammesse dalle scuole psichiatriche tedesche (E. M.)]. Talvolta gli stupidi, per influenza di allucinazioni o di qualche idea che passi pel loro cervello, presentano periodi d'eccitazione, durante i quali assomigliano ai maniaci agitati. Si è durante queste crisi ordinariamente intermittenti e passeggere, che li si vedono dibattersi, rifiutare gli alimenti o darsi ad atti impulsivi o violenti. Abitualmente però son piuttosto calmi, che anzi possono in certi casi offrire analogie cogli ammalati che sono nell'immobilità melanconica. Li si vedono allora ritirati in un angolo della loro camera, in piedi od accoccolati colle braccia penzoloni od incrociate, collo sguardo rivolto a terra, [in un mutismo più o meno completo (*a*), con la fisonomia atteggiata a stupefazione, o stereotipicamente inespressiva: è questo loro aspetto che ha dato origine ai nomi volgari di " stupido " e di " stupidità " introdottisi poi nella scienza.

Fig. 25. — Confusione mentale (stupidità) da Hack Tuke.

Un carattere affatto speciale è dato ai vesanici psicastenici dalla condizione morbosa del *sistema muscolare* (E. M.)]. Se si cerca di far prendere agli arti una tale o tal'altra attitudine, talvolta si provoca da parte del paziente una resistenza volontaria, tal'altra invece lor si possono muovere facilmente gli arti che poi ricadono pel proprio peso. Vi hanno però dei casi, nei quali essi mantengono la posizione che loro si dà, come nella catalessi (fig. 26): [i muscoli si trovano, cioè, in quello stato che fu designato come *flexibilitas cerea*, ma in realtà il più delle volte si tratta di una " pseudo-catalessia " dipendente non da una modificazione del tono muscolare, bensì dall'inerzia dei centri volitivi, o, più propriamente, dall'enorme predominio dei centri inibitorii. Del resto, lo studio clinico degli stati catalettici e catalettiformi, siano idiopatici, siano secondarii a vesania o a neurosi, isterismo, epilessia, ecc., è quasi totalmente da farsi; e, malgrado che una forma idiopatica di catalessia figuri

---

(*a*) [Il mutismo dello stupore è stato messo dal Gucci (*Arch. ital. per le malattie nerv. e ment.*, XXVI, 1889) in rapporto col tipo di endofasia o di linguaggio interno preesistente nel soggetto. Si può supporre che il centro acustico ed il visivo, fortemente eccitati, agiscano su quello verbomotorio solo nei casi di frenosi sensoria o allucinatoria: la spiegazione del Gucci non mi pare accettabile nello stupore puro (E. M.)].

nelle monografie neuropatologiche soprattutto inglesi ed americane, sembra probabile che la maggioranza di questi casi debba ascriversi alla comune amenza stuporosa degli alienisti (E. Morselli)].

È probabile [per l'Autore di questo capitolo] che molte delle osservazioni cliniche, delle quali Kahlbaum si è valso per creare il tipo da lui designato sotto il nome di *catatonia*, si riferiscano a casi di confusione mentale. Secondo Kahlbaum, la catatonia sarebbe caratterizzata nel modo seguente: essa sarebbe una malattia ciclica, nella quale si osserverebbero successivamente stadii di melanconia, di mania, di stupore, di demenza vociferante, e finalmente di demenza completa. Quali sintomi speciali si osserverebbero lo stato catatonico (catalettico) dei muscoli, una loquacità particolare (" verbigerazione „), una tendenza a dare al discorso un tono patetico ed agli atti le pose più teatrali. La faccia è stupida, il sorriso senza espressione, le labbra lasciano scolare la saliva; ed il mutismo con espressione beata del viso si alterna con uno stato di declamazione enfatica. Si dànno allucinazioni specialmente uditive. La guarigione è possibile, ma è sempre lenta e graduata: secondo altri invece tale psicosi finirebbe spesso colla demenza (1). Checchè ne sia, gli autori non sono d'accordo sulla natura della sindrome di Kahlbaum; è probabile ch'essa si avvicini più o meno a quella che noi studiamo in questo capitolo (*a*).

Fig. 26. — Confusione mentale (stupidità) con catatonia da H. Dagonet.

Nella confusione mentale i sintomi psichici sono generalmente accompagnati da *sintomi fisici*. In sul principio non è raro trovare la febbre, ben presto

(1) Kahlbaum, Die Katatonie, Berlino 1874. — Vedi sull'argomento una rivista sintetica di Séglas e Chaslin, negli *Archives de Neurologie*, 1888.

(*a*) [Se il Ballet avesse gettato uno sguardo sulla mia classificazione (1883-5) avrebbe visto come il dubbio da lui qui espresso sia stato da me risolto da più di dodici anni. Io però ritengo (e mi trovo d'accordo in tutto con Arndt, Kiernan, Serbski, Mickle, Konrad, Schüle, Scholz, ecc., parzialmente anche con Tamburini, Kraepelin e Ziehen) che la psicosi catatonica di Kahlbaum sia una forma nosografica ben distinta, per quanto rara a vedersi; e la caratterizzerebbero non tanto la sua sintomatologia generale, quanto l'età in cui scoppia (non mai dopo il 25-26° anno) e il suo decorso veramente ciclico, che nulla ha da fare, checchè dica il Ballet, con quello della vesania confusionale com'egli la intende e la descrive. Il Tamburini (" Congr. Fren. di Siena „, *Riv. di Fren.*, 1886, p. II, p. 230) con molta opportunità ha messo le idee di Kahlbaum sulla catatonia a raffronto con quelle di Guislain e Zeller, cui poteva aggiungere lo stesso Kahlbaum e l'Arndt, sulla esistenza di una *Vesania typica*, idee che ho già accennato in queste mie note (vedi a pag. 83 e 86). In tal caso la catatonia sarebbe più propriamente la " fase catatonica „ di una psicosi generale o *Vesania alternans complexa*, la quale attraverserebbe una fase iniziale di melancolia, una di acme in forma maniaca sino al furore, oppure in forma confusionale, una di esaurimento per l'appunto con speciale stupore catalettiforme, ed una terminale, purtroppo quasi immancabile, di indebolimento secondario o demenza (E. Morselli)].

seguìta da dimagrimento. L'ammalato s'indebolisce, l'andatura non è sicura; in breve i fenomeni indicano un disturbo profondo della nutrizione. La lingua, ordinariamente, è patinosa, l'alito fetido: talvolta si ha scialorrea; l'appetito è spesso diminuito e gli ammalati rifiutano gli alimenti: altre volte, invece,

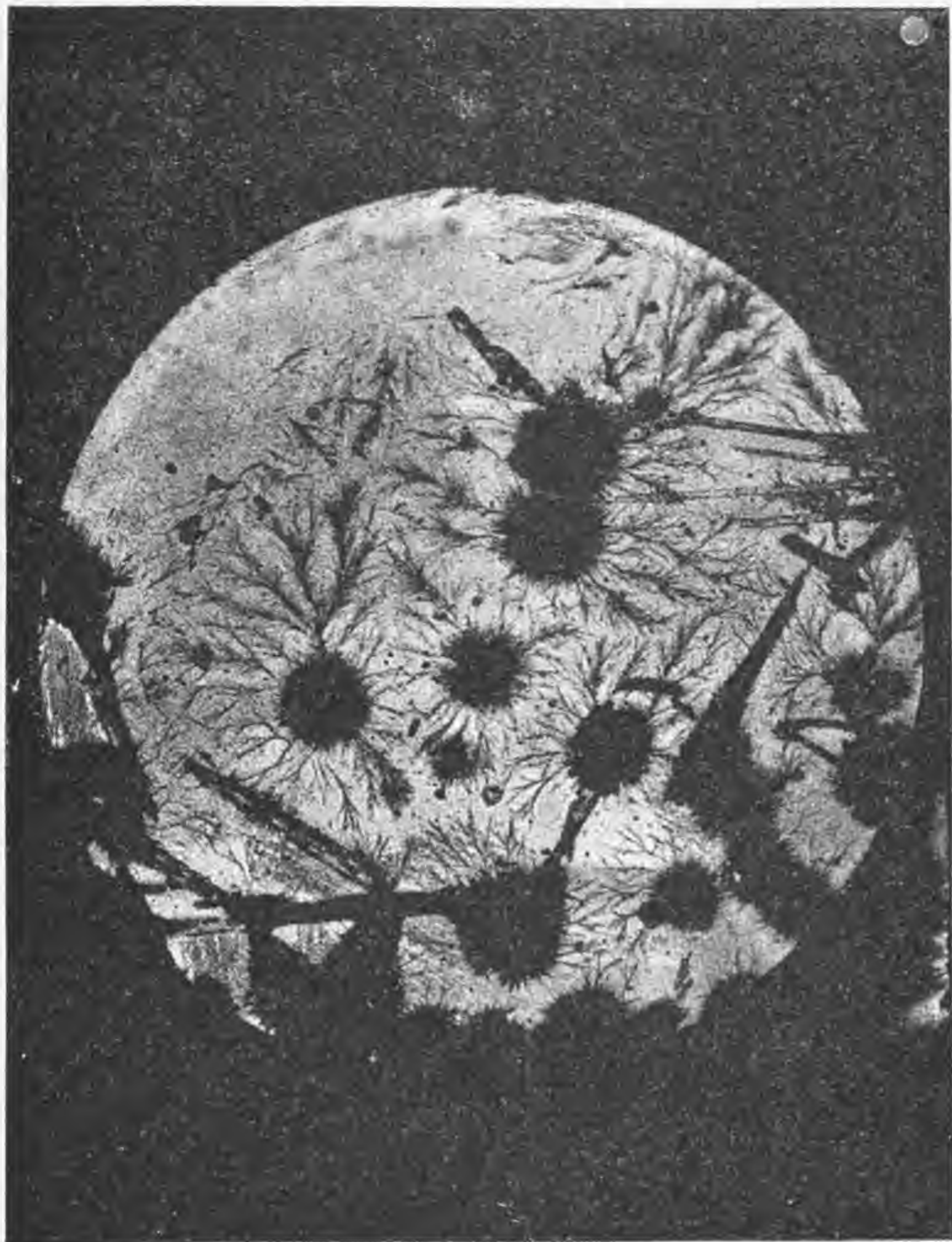



Fig. 27. — Cristalli del sale picrico di una ptomaina estratta dall'urina di un ammalato affetto da confusione mentale.

mangiano con grande voracità. Non è raro osservare un indebolimento dei battiti del cuore, e disturbi vaso-motorî: gli arti [massime gli inferiori] sono spesso bleuastri, cianotici, edematosi; la temperatura centrale può discendere di uno o due gradi sotto la norma. [Il sangue diventa ipoglobulico, secondo Netschai (E. M.)]. Le urine, talvolta scarse e dense, contengono in alcuni casi dell'albumina e dello zucchero, [quasi sempre dei cilindri jalini e anche granulosi (Vassale e Chiozzi)]. Generalmente esse sono più tossiche delle fisiologiche (Ballet, Séglas, [Brugia]). In un caso (fig. 27) noi vi abbiamo trovato delle ptomaine molto tossiche (Ballet e Bordas); anche Séglas riuscì ad isolarne (1). [Sembrano casi di vesania confusionale certuni descritti dal

(1) Per quanto riguarda la tossicità delle urine e dei prodotti d'escrezione nella pazzia, il lettore troverà ampii particolari ed una bibliografia completa nella prima parte del rapporto già citato di Régis e Chevalier-Lavaure. — Vedasi anche Marro, Ptomaine nelle urine degli alienati, negli *Ann. di Fren.*, 1892.

D'Abundo sotto il nome di mania, demenza agitata, ecc., e dov'egli trovò accresciuta la tossicità e aumentata l'azione battericida del sangue (E. M.)].

Nella donna la mestruazione viene spesso disturbata e sospesa; ed in molti ammalati si ha rilascio spontaneo passeggero o duraturo delle urine e delle feci (*gâtisme*).

Forme. — Benchè gli elementi psicopatici che costituiscono la confusione mentale siano sempre identici, pure l'affezione assume forme diverse a seconda che predomina un dato sintomo o a seconda del loro modo di combinarsi. [È da avvertire però, subito, che quelle designate in questo paragrafo come semplici varietà della psicosi confusionale sono da altri alienisti considerate quali forme nosograficamente distinte di vesania (*a*) (E. M.)].

Nei gradi più leggeri abbiamo semplice torpore cerebrale accompagnato, o non, da allucinazioni e da idee deliranti. Se le allucinazioni sono molteplici e molto vive, abbiamo la confusione mentale allucinatoria (*hallucinatorische Wahnsinn* di Krafft-Ebing, *hallucinatorische Verwirrtheit* di Kraepelin, [*paranoia allucinatoria acuta* o psiconeurotica, *delirio sensoriale* di altri autori, *frenosi sensoria* del Verga (?) ma interpretata in significato probabilmente diverso). Questa prima forma di psicosi confusionale va spesso, nella pratica quotidiana e nelle statistiche dei manicomii italiani, ad ingrossare la cifra della " mania acuta „ o " mania allucinatoria „, oppure quella della mal definita " demenza primitiva „, senza parlare della " frenosi sensoria „ suddetta (E. M.)].

Quando invece mancano o sono poco marcate le allucinazioni, tutto si limita

---

(*a*) Noi abbiamo visto che vi è nell'Autore di questa parte del *Traité* la tendenza a troppo semplificare la nosografia psichiatrica. Così la sua descrizione della confusione mentale, conforme a quanto dissi, comprende almeno tre delle vesanie tipiche primitive della mia classificazione, e corrisponde a sette, per dir poco, delle forme differenziate in vario modo dal KRAEPELIN, che pur sembra fra i trattatisti tedeschi quello che più specialmente è conosciuto dal Ballet (Cfr. KRAEPELIN, Psychiatrie, IVª ediz., Leipzig 1893, a pag. 246, 256, 260, 267, 319, 340 e 445). Ecco le designazioni delle sette psicosi differenziate dal professore di Heidelberg nel quadro compendioso dato qui dall'Autore: 1° il delirio febbrile, *Fieberdelirium*; 2° il delirio da collasso, *Collapsdelirium*; 3° l'amenza astenica, *acute* o *asthenische Verwirrtheit*; 4° la demenza acuta, *Dementia acuta*; 5° in parte, la frenosi sensoria allucinatoria, *hallucinatorische Wahnsinn* (che comprende quattro subvarietà), e 6° la frenosi sensoria depressiva, *depressive Wahnsinn* (una specie mal definita, in vero, di melancolia con delirio); 7° la psicosi catatonica, *Katatonie*. Ma anche se si prende un autore meno tenero delle distinzioni sottili, per es. lo ZIEHEN (Psychiatrie, Berlin 1894, pagg. 335, 342, 395, 398), si vede come siano multiple le forme unificate da Ballet. Lo Ziehen distingue una stupidità, una paranoia allucinatoria acuta, una stupidità postmaniaca o postmelancolica, ed una catatonia. Citerò pure un alienista russo di indiscutibile autorità, il BECHTEREW (Klassificazia duschewnych Bolesniėj, Kasan 1891, op. cit. in *Centralbl. für Nervenheilk, u. Psych.*, [XIV] II, p. 503), il quale non solo distingue una demenza acuta senza stupore, un'amenza acuta o *hallucinatorische Verwirrtheit*, una demenza acuta con stupore, ed una catatonia, ma le pone perfino in due ordini diversi, le due prime nelle psiconeurosi o vesanie lievi, le due ultime nelle cerebro-psicosi o vesanie gravi. Un altro autore russo, il KORSAKOFF (Kurse Psichiatrij, Mosca 1893), nel capitolo della *Disnoia*, che perfettamente corrisponde all'" Amenza „ di Meynert ed alla confusione mentale di Chaslin e dei Francesi, suddivide e descrive partitamente quattro forme: la *disnoia stuporosa*, o demenza primitiva curabile o stupidità; la *disnoia deliriosa*, o psiconeurosi allucinatoria; la *disnoia dementica*, che sarebbe la cosidetta demenza primitiva senza stupore; e la *disnoia abortiva*. A tutte codeste forme converrebbe poi aggiungere le vesanie tossiche acute.

Potrei moltiplicare le citazioni, poichè ho a me dinanzi in questo momento circa venti trattati modernissimi di patologia mentale, senza contare le monografie; ora, la grande maggioranza degli autori, anzi che ridurre o semplificare, tende a moltiplicare e a suddividere le forme nosografiche di vesania (come è avvenuto nelle malattie nervose); ma le citazioni fatte dimostrano abbastanza che questo capitolo del BALLET sarebbe stato tutto da rifare, tanto imperfettamente vi si riflette lo stato attuale della Psichiatria. Mi sono dovuto limitare a introdurre qua e là nel testo aggiunte che allargassero il quadro troppo ristretto dell'Autore francese: spero di non condurre il lettore poco versato negli studii psichiatrici a fraintendere le mie e le sue idee (E. MORSELLI)].

ad un torpore nelle funzioni cerebrali con idee vaghe, con perdita della nozione esatta del tempo e dei luoghi: abbiamo, cioè, la forma astenica di Kraepelin (*asthenische Verwirrtheit*) (*a*). [Questa sembra corrispondere alla *seconda forma principale* ammessa nella stupidità dal Dagonet, che è l'alienista francese di cui l'autore del presente capitolo sulle *Psicosi* segue in modo particolare i concetti nosografici e la classificazione. Tale forma malamente si distinguerebbe, a mio avviso, dalla *stupidità psicastenica* descritta a parte dal Dagonet medesimo, e che questi dice eguale alla confusione mentale primitiva di Chaslin od alla *Verwirrtheit* di Wille: in ambedue esisterebbe la caratteristica dell'impotenza mentale (E. M.)].

A misura che il disturbo fondamentale dell'affezione, cioè a dire la confusione mentale, si aggrava, gli ammalati discendono la gamma che conduce dalla semplice apatia cerebrale allo stupore assoluto, alla stupidità completa, i quali stati, benchè in apparenza siano diversi dalla confusione mentale leggera con allucinazioni vive e con agitazione, pure sono ad essa identici in quanto a natura. [Con che noi saremmo arrivati, nella graduazione crescente dello stato morboso, alle forme designate coi nomi di *stupore primitivo*, di *amenza* o *disnoia stuporosa*, di *demenza acuta*, di *stadium attonitatis* della vesania tipica generale. Ora, in taluni casi la sintomatologia resterebbe confinata nei fenomeni di arresto psichico, esaurimento cerebrale, oscuramento della coscienza: in altri s'aggiungerebbero ad essi i fenomeni psicomotorii, lo stato catalettiforme dei muscoli, l'atteggiamento statico, ed il catatonico. Sono questi ultimi che il Dagonet denomina *stupidità catalettiforme*, comprendendovi la tanto discussa catatonia.

Tal è il quadro unitario della amenza. Giova però dire che anche coloro che semplificano il quadro della confusione mentale, immettendovi come semplici varietà quelle forme che altri ritiene come nosologicamente distinte, riconoscono che conviene aspettare da ulteriori studii una più esatta e sicura classificazione di esse. Il dott. Chaslin, che si è procurato fama in Francia importandovi le idee della Psichiatria tedesca, mentre non poco ha contribuito ad oscurarle mettendo a fascio tutte le numerose psicosi dove esiste il sintomo della incoerenza acuta, nel suo ultimo lavoro è poi costretto a descrivere nientemeno che sei forme di " confusione mentale primitiva idiopatica ", e sarebbero le seguenti: 1° la forma completa e media, o *confusione mentale primitiva propriamente detta;* 2° la subacuta con sintomi di intensa eccitazione, o *delirio di collasso;* 3° la profonda, o *demenza acuta*, con due varietà: α) la *agitata;* β) la *stuporosa;* 4° la leggiera, o *stupidità* di Delasiauve; 5° la *tifoide* o meningitica (?). Vi sarebbero poi le " confusioni mentali primitive sintomatiche ", di cui Chaslin indica in modo fugace la infettiva, la febbrile, la

(*a*) [Questa citazione del Kraepelin non è forse esatta (veggasi la mia nota precedente): ma confesso che anche al più studioso alienista riesce difficilissimo raccapezzarsi in mezzo alle sottili distinzioni e alle non raramente intralciate trattazioni nosografiche dei Tedeschi. La loro terminologia è anche poco traducibile nelle nostre lingue derivate dal latino o con prevalenza di voci scientifiche latine. Niuno ha peranco trovato i veri equivalenti italiani, francesi od inglesi dei termini popolari *Wahnsinn*, *Verrücktheit*, *Verwirrtheit*, *Verwirrung*, *Schwachsinn*, ecc. ecc., coi quali gli autori tedeschi designano e classificano molte psicopatie senza curarsi, salvo casi rarissimi, di indicarne agli stranieri la sinonimia. Avverrebbe lo stesso se noi Italiani introducessimo nel linguaggio scientifico, a nostro talento, le parole *pazzia*, *follia*, *mattezza*, *insensatezza*, *stolidaggine*, *stupidità*, *scempiaggine*, *forsennatezza*, *stoltizia* e simili, usandole ciascuno in un senso nosografico speciale. Sarebbe tempo che si ritornasse all'uso schietto e universale di voci tolte alle lingue classiche o combinate di comune accordo. Così verrebbero a cessare molti equivoci filologici che, parrà strano ma è verità, troppo intralciano i progressi della patologia mentale (E. M.)].

polineuritica, l'uremica e diabetica, l'alcoolica, la basedowiana, la epilettica, l'isterica, la nevrastenica, quella da freddo o da inanizione, ecc., senza parlare degli attacchi confusionali che si verificano nel corso della pazzia ciclica, della paralisi progressiva, della paranoia, della mania, ecc., e, da ultimo, senza intrattenerci oltre sulle mal definite paranoie acute o paranoie allucinatorie cui l'egregio medico di Bicêtre non sa trovare un posto preciso nella sua già complicata suddivisione. È evidente che fra poco tempo anche gli alienisti francesi saranno obbligati ad ammettere la pluralità nosologica della vesania confusionale, sia in tre vesanie primitive distinte, come io mi limito ad ammettere, sia in quattro e persin sette, come altri autori già ce ne dànno esempio (E. MORSELLI)].

Decorso e durata. — Il decorso della confusione mentale è solo di rado uniforme: i periodi d'eccitazione possono alternarsi con quelli di depressione, D'altra parte, non è raro osservare che, dopo un miglioramento passeggero, gli ammalati ricadano ed i disturbi riacquistino la primitiva intensità. [Questa varietà di decorso è in relazione con la molteplicità delle forme vesaniche, che noi troviamo qui unificata nella descrizione della sintomatologia (E. M.)]

La *durata* varia di molto [per lo stesso motivo ora accennato (E. M.)]. Certi casi di confusione mentale guariscono in pochi giorni, altri durano parecchi mesi ed anche parecchi anni. [Gadelius ha descritto un caso in cui lo stupore durò dieci anni, in cui si praticò, la alimentazione artificiale nove anni, e che non ostante è guarito (*a*). Nelle psicosi puerperali, che sono ordinariamente amenze agitate ed allucinatorie, più di rado amenze stuporose, Hippe trovò: durata media della forma maniaca 9 mesi: della frenosi isterica (?, forse di indole confusionale) 19 e mezzo (E. M.)].

Prognosi ed esiti. — Benchè la prognosi della stupidità sia più grave di quella della mania o della malinconia, l'affezione, in gran numero di casi, passa a guarigione. Generalmente le facoltà restano indebolite per un certo tempo, ed il più spesso gli ammalati non ricordano affatto i disturbi da cui furono còlti. Altre volte l'indebolimento intellettuale, invece di essere passeggero, è permanente; infine, la malattia può passare allo stato cronico e condurre alla demenza completa. Talvolta la morte avviene per una complicazione: pneumonite, tubercolosi, delirio acuto (*b*). In via eccezionale, come dimostrò Delasiauve, la confusione mentale, quando guarisce, lascia come reliquati delle idee deliranti che possono costituire il punto di partenza di un vero delirio parziale.

[**Anatomia patologica.** — Sulle lesioni patologiche di questa psicosi siamo ancora più all'oscuro, che su quelle delle altre vesanie. Premetto che bisognerebbe distinguere i casi di stupore o demenza acuta da quelli di vera vesania confusionale allucinatoria, e tener separate le forme di amenza idiopatica dalle moltissime sintomatiche, con speciale riguardo a quelle di origine infettiva e tossica. I pochi dati fin qui raccolti riguardano, ad ogni modo, la amenza stupida. Nel cervello degli stupidi si è trovato edema (Étoc-Demazy, Ferrus); idrocefalo interno ed esterno (Sauze, Wille); anemia corticale ed anche

(*a*) Cfr. GADELIUS, *Hygiaea*, 1894, cit. in *Rev. Neurolog.*, 30 aprile 1895.

(*b*) [Un caso di mania accessuale con febbre e delirio acuto, descritto con gran lusso di citazioni bibliografiche dal PELI (*Arch. ital. Mal. nerv.*, 1885, pag. 219) certamente appartiene alla vesania confusionale, su cui spesso si innesta, per affinità eziologiche, il delirio acuto (E. M.)].

atrofia della sostanza grigia. Microscopicamente si è visto intorbidamento del protoplasma delle cellule corticali (Emminghaus, Ziehen), aumento delle cellule di nevroglia, e proliferazione nelle pareti vascolari (Ryclinski). Recentemente Wagner ha preteso che si dovesse dare il primato ad un processo di polineunite diffusa, da lui trovato in conformità di quanto Korsakoff ha visto in certe psicosi post-infettive (*a*). Ma tali lesioni sono troppo generiche e non ci spiegano la patogenesi della confusione mentale. Per gli uni (Kraepelin) essa sarebbe da porsi fra le psicosi da esaurimento, di più ne costituirebbe il tipo: per altri (Régis, Chevalier-Lavaure) essa sembra schiarita con la teoria, un po' sommaria a dir vero, delle autointossicazioni. Intanto, però, il meccanismo intimo di questo disturbo mentale ci sfugge, come ci sfugge quello di tutte le psicosi e neurosi (E. Morselli)].

Diagnosi. — Quando la confusione mentale si accompagna ad uno stato d'eccitazione, la si potrebbe confondere colla *mania;* però il disturbo psichico fondamentale è molto diverso nell'una e nell'altra affezione. Le idee nel maniaco si succedono troppo rapide, troppo numerose, il linguaggio non basta ad esprimerle tutte, subito e correttamente: donde una confusione più apparente che reale e, se ci fosse permesso dirlo, più esterna che interna. Nella stupidità, invece, le idee mancano o sono scarse, almeno quelle precise e chiare; e sempre la confusione costituisce il fondamento, l'essenza anzi della malattia. Così l'incoerenza si rivela tanto quando l'ammalato parla lentamente e con pacatezza, come quando parla in fretta; ora, ciò non avviene nella mania. Di più, in quest'ultima affezione l'agitazione decorre parallelamente coi disturbi del linguaggio. Lo stesso non succede nella confusione mentale, nella quale possiamo riscontrare l'incoerenza della parola accompagnata ad una relativa calma nei movimenti.

La *melanconia con stupore* si avvicina talmente a certe forme di confusione mentale che le due affezioni sono spesso confuse l'una coll'altra, [e il Baillarger, fu già detto, era arrivato in tale equivoco fino a fondere tutti i casi di stupidità con la lipemania (E. M.)]. Ma in sul principio della malinconia si ha sempre un disturbo emotivo che, per così dire, ne costituisce la caratteristica: mentre nella stupidità il tono emotivo è indifferente o variabile. Il melanconico è un ammalato triste, tutto assorto nella sua tristezza: quello invece che è affetto da confusione mentale non ha idee fisse, e le idee che l'occu-

---

(*a*) Il presupposto del Wagner (Ueber die körperlichen Grundlage der acuten Psychosen; *Jahrb. für Psychiatrie*, 1892, X, 180), per quanto confermato dal Howel in un caso di “ demenza acuta post-tifosa „, che *clinicamente* si associò con polineurite (*Jahrb. für Psychiatrie*, 1893, XI), non ci permette tuttavia di porre nel quadro della amenza o confusione mentale la “ psicosi polineuritica „ scoperta e illustrata dal Korsakoff, e sulla quale esiste un bellissimo lavoro originale del nostro Colella (*Annali di Neurologia*, 1894, estr. in un vol. di pag. 222 con inc. e tav., Napoli, Pierro edit.). La *malattia di Korsakoff* offre, è vero, nella sua nosografia alcuni sintomi psichici confusionali (alterazione della coscienza di luogo e di tempo, incoerenza, stento nell'ideazione, cangiamenti di umore, fasi alterne di depressione ed esaltazione, ecc.); ma i disturbi fisici della sensibilità e motilità, l'abolizione dei riflessi, l'iperalgesia, la paralisi e l'amiotrofia talvolta estrema con reazione elettrica degenerativa, i disturbi vasomotori, fra i sintomi mentali una particolarissima modalità di amnesia e la mancanza di allucinazioni, fra le cause la preponderanza assoluta dell'alcoolismo o l'esistenza di un processo diffuso di ben confermata neurite multipla, dànno alla psicosi polinevritica un aspetto clinico assai diverso da quello dell'amenza confusionale. A giudizio dello stesso Korsakoff (Kurse Psichiatrij, già cit.) essa appartiene alle psicosi organiche, anzi alle pseudoparalisi generali, e va messa vicino alla *lues cerebralis* ed alle demenze da lesioni circoscritte dell'encefalo (E. Morselli)].

pano sono vaghe e non precise, il più spesso subordinate ad allucinazioni o ad illusioni che gli passano per la mente variabili [e vaghe] anch'esse. Così l'espressione della fisonomia non è la medesima in ambo i casi; mentre nella stupidità lo sguardo vago e l'aspetto indifferente della fisionomia rivelano l'ottusità della mente (fig. 28), nella malinconia con stupore, invece, i tratti sono contratti, la faccia corrugata, lo sguardo triste e dimostrante ambascia (fig. 29).

Fig. 28. — Confusione mentale (stupidità) da H. Dagonet.

Fig. 29. — Melanconia [con ansietà muta] da Kirchhoff.

Nel primo caso l'ammalato vive come in un sogno vago e confuso: nel secondo è soggetto ad un'impressione ben determinata di sofferenza e di dolorosa impotenza. In verità, la diagnosi clinica è spesso meno facile della teorica, e non si è che con un'osservazione prolungata e paziente dell'ammalato, prendendo al volo e ritenendo le più scarse parole, specialmente di quelli che parlano poco, che s'arriva a mettere insieme gli elementi diagnostici suddescritti, e a farsi un'idea esatta dell'affezione.

Fra i disturbi psichici capaci d'essere scambiati colla confusione mentale conviene ricordare ancora i *delirî improvvisi* (*paranoia acuta* dei Tedeschi), dei quali parleremo poi a proposito delle follie degenerative. Questi delirii, per la loro manifestazione improvvisa, per la rapidità del loro decorso, per la sistematizzazione il più spesso molto incompleta delle idee deliranti che vi si osservano, presentano qualche somiglianza colla stupidità allucinatoria, tanto più che essi si riscontrano spesso in individui dalla debole intelligenza la cui invalidità intellettuale potrebbe essere scambiata coll'ottusità mentale accidentale che si osserva nella confusione. Ma nella così detta " paranoia acuta „ le idee false (ambiziose, di persecuzione, mistiche), benchè ordinariamente mal coordinate, sono più importanti e più gravi che nella stupidità. D'altra parte la confusione mentale, come dicemmo, è una malattia che si rivela con disturbi fisici e psichici, mentre la febbre, la denutrizione, i disturbi circolatorii non

entrano nella sintomatologia dei delirî improvvisi [(*délires d'emblée*) o meglio, degli episodî deliranti e confusionali (E. M.)] di natura degenerativa.

Non insistiamo ulteriormente sulla diagnosi differenziale fra la confusione mentale *primitiva* e la *secondaria*. L'anamnesi ci permetterà di discernere i fenomeni sovraggiunti durante il decorso o dopo la mania e la melanconia, o dopo accessi epilettici. Le alterazioni somatiche — ineguaglianze palesi delle pupille, esitazione nella pronuncia delle parole, tremito della lingua e delle mani — ci saranno di guida per differenziare la confusione primitiva da quella che accompagna e complica la paralisi generale. Riguardo allo stato di stupidità degli alcoolisti, esso è caratterizzato da allucinazioni spaventose; gli antecedenti dell'ammalato, la storia della sua malattia, il tremito delle mani, il predominio chiaro dei disturbi psico-sensoriali, rendono generalmente facile la diagnosi (*a*).

Cura. — La cura della confusione mentale non può essere che sintomatica e perciò dovrà variare a seconda della forma e della natura dei sintomi.

Una prima indicazione press'a poco generale consiste nell'attivare la *nutrizione* e rialzare le *forze* degli ammalati che, come vedemmo, sono spesso deboli, spossati. Il soggiorno in una camera ben aerata, un'alimentazione sostanziosa, per quanto lo stomaco lo comporti, fatta all'occorrenza colla sonda se l'ammalato rifiuta di nutrirsi, i varii tonici, tra i quali primeggiano la chinina e l'arsenico, sono i mezzi terapeutici che pei primi s'impongono.

Quando esiste, e ciò non è raro, un catarro delle vie digerenti, i purganti leggeri e spesso propinati, gli antisettici intestinali (salicilato di bismuto, benzonaftolo), le lavature dello stomaco, riusciranno utili; difatti, attenta nostra cura dev'essere rivolta ad impedire le auto-intossicazioni che potrebbero aver punto di partenza nell'intestino. Si baderà pure a facilitare ed aumentare la diuresi, specialmente quando le urine sono scarse: questo è un mezzo per favorire l'eliminazione delle sostanze tossiche, alla presenza delle quali, come dicemmo, è probabilmente dovuta la confusione mentale: perciò si farà bere l'ammalato, gli si somministrerà del latte, specialmente se presenta albuminuria. Saranno anche utili i tonici cardiaci, caffeina, sparteina, digitale, specialmente quando la circolazione è depressa e le estremità sono cianotiche ed edematose.

Nei casi d'*eccitazione* riusciranno utili i bromuri alcalini; però converrà sorvegliarne attentamente l'uso: la loro azione *calmante* è molto leggera, laddove l'uso prolungato di essi a dosi troppo elevate può esagerare la confusione delle idee. Si ricorrerà piuttosto ai bagni tiepidi prolungati, ai preparati di valeriana, e se vi ha insonnio si potrà prescrivere il cloralio o piuttosto il sulfonale ed il trionale.

Quando predominano i fenomeni di *depressione*, riusciranno talvolta utili gli *stimolanti* cutanei, frizioni secche, lozioni aromatiche, impacchi in lenzuolo bagnato, [faradizzazione generale, bagni idrofaradici, massaggio (E. M.)].

(*a*) [Un buon quadro diagnostico differenziale degli stati secondarii di amenza dagli idiopatici si trova in Chaslin, libro cit., pp. 123, 163 e 171. Cfr. anche Meynert, Klin. Vorles. üb. Psych., Lezioni sulla " Amentia " (E. M.)].

La *cura morale*, almeno in un certo stadio dell'affezione, quando cioè gli ammalati cominciano a comprendere quanto succede loro d'intorno, non riesce meno utile della psichica, e certamente si è nei casi di confusione mentale ch'essa trova la più felice applicazione. Sauze (1) ne formulò le regole con una tale precisione, che non ci riesce far di meglio che riferire quanto questo autore scrisse al riguardo: " Se nel periodo acuto la cura morale riesce impossibile, egli dice, non si ha migliore speranza di riuscire nel periodo di delirio. Quando l'intelligenza comincia ad apparire, quando si manifesta il periodo di remissione, conviene senza posa attivare le funzioni cerebrali: converrà interrogare gli ammalati, fissarne l'attenzione, insistere quando la loro risposta è troppo tarda e poco precisa. Si dovrà tentare di far loro comprendere che sono guariti di una varia malattia: quasi sempre li si vedono in uno stato di stupore e non sanno rendersi conto delle varie peripezie della loro malattia nel cambiamento che in essi si è avverato, come un individuo il quale, trasportato in luoghi ignoti durante il sonno, impiega un certo tempo a farsi un'idea della sua condizione. Qualcuno dei nostri ammalati ci disse che gli sembrava di uscire da un lungo sonno. Agli ammalati che si risvegliano bisogna spiegare tutti questi particolari, illuminarli sulla loro posizione, ravvivare la loro memoria, proporre loro delle domande facili chiedendone di poi la risposta. Quest'esercizio intellettuale ripetuto ogni giorno senz'interruzione, procedendo da questioni semplici ad altre più difficili, riconduce a poco a poco le loro facoltà mentali alla norma: succede come in un bambino, la cui intelligenza si sviluppa progressivamente „.

Converrà il *Manicomio* agli ammalati affetti da confusione mentale? Il problema merita d'essere discusso. Noi crediamo che sia piuttosto vantaggioso quando l'affezione è nel suo periodo acuto, e quando gli ammalati pare abbiano rotto ogni relazione col mondo esterno e sono in preda a viva agitazione. In questi casi le cure richieste dallo stato del paziente, possono difficilmente essere prodigate in casa, e lo stabilimento adatto riesce realmente utile. Ma noi siamo d'avviso che l'isolamento dev'essere riservato per queste sole circostanze e non dev'essere troppo prolungato. Quando il caso si presta alla cura morale proposta da Sauze, sarà preferibile il lasciare o rimettere l'ammalato nel suo ambiente in cui era abituato. Séglas (2) fa con ragione osservare che il cambiamento di ambiente non può in tal caso che aumentare la disorientazione e la confusione mentale che costituiscono il substrato della malattia. Noi abbiamo visto più volte modificarsi improvvisamente, dopo il ritorno in famiglia, una affezione di questo genere che era rimasta stazionaria nell'isolamento d'una casa di salute. Contornati da persone e da oggetti tali da ricordargli le loro idee abituali, gli ammalati si rimettono con maggiore facilità. [Per mio conto, non posso dichiararmi favorevole al Manicomio, incondizionatamente, nella cura delle diverse forme di amenza. La confusionale, essendo la più breve e quella a prognostico generalmente più fausto, si curerà con maggior vantaggio senza allontanare l'infermo dalla famiglia, e, preferibilmente, inviandolo in una casa di campagna: molti casi di confusione mentale portano rapidamente all'esaurimento e divengono incurabili perchè troppo presto e inopportunamente internati in una Casa di salute. Certi medici alienisti sono, con la loro

(1) Sauze, De la stupidité; Thèse de Paris, 1852.

(2) Séglas, Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion mentale, negli *Ann. médico-psychol.*, maggio-giugno 1893.

insistente predilezione per i loro male organizzati Manicomii, causa inconsapevole di affrettati esiti in demenza o in forme secondarie. Anche la amenza stupida, quando i mezzi della famiglia il consentano, può trarre giovamento dalla cura domestica più che dal ricovero. Non v'è forse che la amenza catatonica, dove l'Asilo renda subito segnalati servigi, ma ciò dipende dall'alternarsi dei sintomi d'eccitazione con quelli di depressione e dall'indole eminentemente degenerativa della psicosi (E. Morselli)].

Bibliografia. — Dagonet, art. Stupidité, nel *Nouveau Traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, loc. cit., p. 328. — Ritti, art. Stupeur e Stupidité, nel *Dict. encyclop. des Sciences médicales*, 1883. — Wille, Die Lehre der Verwirrtheit, negli *Arch. f. Psychiatrie*, vol. XIX, 1888. — Meynert, Klin. Vorlesungen ueb. Psychiatrie [trad. ital., F. Vallardi, 1893]. — Ph. Chaslin, La Confusion mentale primitive, negli *Ann. médico-psychol.*, pag. 224, 1892. — Hannion, Thèse de Paris, 1894. — [De Luzenberger, Delirio sensoriale acuto; *Manicomio moderno*, IV, 1888. — Del Greco, Il delirio sensoriale in rapporto alle altre forme di paranoia, ivi, VIII, 1892. — Whitwell, in *Journal of mental Science*, ottobre 1889. — Ferguson, in *Amer. Alienist u. Neurol.*, luglio 1892. — Schuefer, Lehre der Erschöpfungs-Stupor. Inaug. Diss., Jena 1889. — Meynert, Amentia, die Verwirrtheit; *Jahrb. f. Psychiatrie*, IX, 1890 (lavoro fondamentale, per quanto disordinato, come ogni altro del celebre alienista). — Serbsky, in *Allg. Zeit. f. Psych.*, XLVIII, 1892, p. 328. — Mendel, Das Delirium hallucinatorium; *Berl. klin. Wochenschrift*, 1894, n. 29. — Ilberg, Ueber hallucinatorischen Wahnsinn; *Congr. med. alien. tedeschi*, Dresda, sett. 1894. — Morselli, La pazzia confusionale o disnoia (confusione mentale), due articoli in *Gazzetta degli Ospedali*, 1895 (E. M.)].

[B. CEREBRO-PSICOPATIE INFETTIVE E TOSSICHE

(Affezioni del cervello completamente sviluppato e più o men valido, per invasione parassitaria o per alterazione chimica indotta da sostanze tossiche esogene) (*a*) (E. M.)].

[I.]

DELIRIO ACUTO

(Francesi: *Délire aigu.* — Tedeschi: *Delirium acutum.* — Inglesi: *Acute delirious mania.* — [Latini: *Phrenitis.* — *Delirium grave* (Spitzka); *Typhomania* (Varii autori); *Delirium acutum maniacale* (Schüle); *Vesania typica legitima saeviens* (Arndt); *Collapsdelirium*, in parte (Kraepelin); *Delirium acutum asthenicum* (Levinstein-Schlegel); *Paranoia hallucinatoria acuta*, varietà *incoerente* (!), (Ziehen); Delirio acuto bacillare (L. Bianchi) (E. M.)].

La clinica ci conduce a connettere alla descrizione della confusione mentale primitiva, quella di un'entità morbosa, sulla natura della quale regna ancora una grande oscurità e che, da Calmeil in poi, passa sotto il nome di *delirio acuto*. Abitualmente, almeno in Francia, fondandosi su alcune somiglianze sintomatiche, a nostro avviso superficiali, si è usi a considerare e a descrivere il delirio acuto come il grado più accentuato della mania, come una *mania acutissima*, [" *mania gravis* „ d'alcuni autori tedeschi (*b*) (E. M.)]. Questo modo di vedere non ci sembra esatto. Pei suoi sintomi, per la sua eziologia, per quanto siamo in grado di supporre più di quanto ci sia consentito sapere della sua patogenesi, il delirio acuto si avvicina maggiormente alla confusione mentale che alla mania. Secondo alcuni autori, e specialmente secondo Wille, esso ne costituirebbe una varietà. Difatti, come vedremo, in ambo i casi i sintomi sono quelli di un esaurimento del cervello, meno accentuato nella confusione, più grave nel delirio acuto; nell'uno e nell'altro caso il disturbo cerebrale sembra dipendente da un'infezione o da un'intossicazione che a noi sfugge ancora. [Anche Kraepelin parla di quei casi di delirio con collasso, in cui egli crede riconoscere in parte il *delirium acutum* d'altri autori, nel capitolo in cui

---

(*a*) [Unisco, per ragioni di opportunità di spazio, le psicopatie infettive alle tossiche, perchè nel testo originale francese dell'opera il Ballet non ha trattato che il *delirio acuto*. Ma la *paralisi generale progressiva* descritta anteriormente dovrebbe pur figurare, secondo le dottrine nosologiche sempre più dominanti, nella classe delle Cerebropsicopatie infettive, avendo probabilmente col Delirio acuto i rapporti che passano fra la forma acuta e la cronica d'un processo morboso affine, se non identico. Quanto alle psicosi tossiche, il Ballet non ne parla, forse intendendo che bastino i cenni su di esse che si trovano rispettivamente nei capitoli *Alcoolismo*, *Morfinismo*, *Saturnismo*, ecc., del Trattato. Ma all'egregio prof. Silva, che sorveglia questa traduzione italiana, è parso opportuno che io aggiungessi almeno brevi capitoli su quelle psicosi da intossicazione, cui in altra parte dell'Opera s'era rinviato il lettore e che poi, per una svista del Comitato francese di redazione, vennero dimenticati. Questi capitoli aggiunti si troveranno poco più innanzi (E. Morselli)].

(*b*) Cfr. Cullerre, Traité prat. d. Mal. ment., 1890, pp. 200-4. — Anche Kirchhoff (Lehrb. d. Psych., 1892, pp. 322 e 434) crede che il delirio acuto vada ascritto, sempre, ora alla mania grave ed ora alla paralisi generale (E. M.)].

tratta della amenza confusionale o *acute Verwirrtheit*, e della demenza acuta. Altri casi che passano sotto la designazione di delirio acuto sarebbero, secondo lui, paralisi progressive galoppanti; oltre di che è opportuno notare com'egli descriva a parte il delirio febbrile e quello tossico (*a*). Ancora più esplicito nel considerare tale entità morbosa come una varietà della vesania confusionale è lo Ziehen, che rappresenta in molti riguardi l'ultima direzione assunta dalla psichiatria tedesca (*b*): egli ne fa una semplice varietà, la incoerente, della sua *Paranoia hallucinatoria acuta* che, come abbiamo già visto, è in massima parte la vesania confusionale (E. Morselli)].

Storia e definizione. — Intravvisto dagli autori antichi, che sembrano alludervi nelle descrizioni della frenite e della frenesia, il delirio acuto fu certamente osservato da Georget (1820), da Abercombrie (1825), da Esquirol (1838), che ne parlarono sommariamente o lo descrissero. Però si è Calmeil (1) che pel primo pare ne abbia avuto un concetto preciso. Il quadro che egli ne fa, fu riprodotto molte volte. " Muore nell'ospizio dei pazzi, dice l'autore, poco tempo dopo comparso il delirio, un certo numero di ammalati il cui stato morboso sembra generale e non è molto difficile a caratterizzarsi. L'ammalato è in preda alla più viva agitazione, i suoi arti sono in un continuo movimento; parla con volubilità e senza senso; pare dominato da allucinazioni e da false sensazioni dell'udito, della vista, dell'odorato; la sua faccia è alterata, gli occhi sono rossi, cisposi, molto vivi o spenti; da tutto il corpo emana un odore ripugnante; il polso è frequente, la pelle scottante, la sete intensa, la salivazione abbondante. Non appena questo alienato porta un liquido alle labbra, lo respinge con una specie di precipitazione che non può dominare. La sua lingua, le sue labbra diventano aride e fuliginose. Finalmente soccombe dal quinto al decimo giorno, ed all'autopsia non si trova la ragione di questi accidenti funesti. Alcuni di questi individui sono abbastanza fortunati per rientrare nelle condizioni ordinarie della pazzia, e di poi si ristabiliscono. Non bisogna confondere questo stato, che si potrebbe qualificare come *delirio acuto*, coi sintomi d'un tifo addominale o con quelli di un grave processo infiammatorio locale ".

Se la breve disamina di Calmeil non ci ammaestra sulla natura dell'affezione, ciò non pertanto ce ne chiarisce nettamente la fisionomia ed abbastanza precisamente il dominio. Essa costituisce la migliore definizione che se ne possa dare. L'espressione " *delirio acuto* ", nel senso che s'intende al giorno d'oggi, non si applica a tutti i delirii gravi e febbrili a decorso rapido, vesanici o non; attribuendo alla parola il suo senso letterale, cioè questo largo significato (Morel), si contribuirebbe ad aumentare l'equivoco e non altro. Essa indica un'entità clinica particolare della quale ignoriamo la patogenesi, e che forse non costituisce una specie nosologica nel senso scientifico del termine, ma che la sua eziologia, i suoi caratteri sintomatici ed anche le sue lesioni negative o poco accentuate bastano per differenziare dalle altre affezioni che le assomigliano.

Brierre di Boismont (2) partì da codesto punto di vista quando descrisse il delirio acuto come un'individualità nosografica. Dopo lui si stabilì una doppia

(*a*) Cfr. Kraepelin, Psychiatrie, IV[a] ediz., 1893, pag. 254.

(*b*) Cfr. Ziehen, Psychiatrie, 1894, pag. 352.

(1) Calmeil, *Dict.* en 30 volumes: art. Aliénés, p. 186.

(2) Brierre de Boismont, Du délire aigu observé dans les établissements d'aliénés; *Bull. de l'Acad. de Médecine*, Parigi 1841-42, vol. VII, pag. 985, e *Mém. de l'Acad. de Médec.*, vol. XI, 1845.

corrente fra gli autori: mentre gli uni non ammettono il delirio acuto come entità a sè (Luther Bell, Jensen, [Mendel, Kraepelin, Ziehen]) o lo considerano come una semplice forma febbrile grave della mania (Parchappe, Griesinger, Baillarger, [molti autori inglesi]), altri invece persistono a considerarlo come un'affezione autonoma. La tesi di Thuliè (1) e quella più recente di Briand (2) riflettono questa tendenza. Il delirio acuto grave, difatti, sembra proprio un'entità clinica, se non nosologica: [diventerà tale, senza dubbio, quando sia dimostrata la specificità, già affermata da taluno (L. Bianchi), dell'infezione che ne costituisce il substrato anatomo-patologico (E. M.)].

Eziologia. — Può manifestarsi all'improvviso in individui immuni da qualsiasi labe neuropatica; ma ciò succede in via affatto eccezionale: generalmente gli ammalati che ne vengono colpiti, hanno dei gravi antecedenti ereditari. D'altra parte, nella loro anamnesi remota si riscontrano spesso stranezze nel carattere e nel modo di vivere, dei *tics*, degli accidenti nervosi di varie specie (sonnambulismo naturale, accessi isterici od epilettici, corea, accessi di mania o di melanconia, ecc.), che sono indizio di un disquilibrio o di una vulnerabilità speciale del sistema nervoso.

Secondo le osservazioni di Hertz (3), la stenosi della vena giugulare sarebbe frequente a riscontrarsi in individui morti di delirio acuto; e forse questo vizio di conformazione agisce quale causa predisponente. [Esso, del resto, sarebbe una stimate somatica di degenerazione (E. M.)]. Siccome la predisposizione è dovuta al terreno od alla costituzione fisica, così è coadiuvata dalle numerose cause comuni che spesso si riscontrano in sull'inizio delle affezioni mentali: i dispiaceri, le emozioni gravi, le fatiche fisiche ed intellettuali, le privazioni e le cattive condizioni igieniche di vitto o di ambiente, gli eccessi di ogni specie, di lavoro, quelli venerei, e le abbondanti libazioni.

La mestruazione, come notò Baillarger, costituisce una causa fisiologica favorevole allo sviluppo della malattia; lo stesso dicasi dello stato puerperale e [dell'allattamento protratto o praticato in condizioni generali scadenti (E. M.)]. Anche i traumi al capo, le febbri ed i processi infiammatorii, e specialmente la pneumonite, sovratutto quando colpiscono degli alienati, favoriscono lo svilupparsi del delirio acuto. [Talvolta questo deve essere la manifestazione di intossicamento uremico in soggetti brightici, di cui la nefrite passa inosservata e latente (*a*) (E. M.)].

Quest'affezione si manifesta sovrattutto quale complicazione nel decorso di certe forme di pazzia, nella confusione mentale primitiva (*b*), nella mania, nella malinconia, negli accessi di follia periodica. La si osserva nella paralisi generale, specialmente nel suo periodo primitivo [v. p. 51]; ma è probabile che in questi casi si tratti non di una paralisi generale complicata ad un'altra affezione [infettiva, che darebbe luogo alla sindrome " *delirium grave* „], bensì di una paralisi generale a decorso rapido, [che i Tedeschi chiamano infatti *galoppante* (E. M.)].

---

(1) Thulié, Étude sur le délire aigu sans lésions; Thèse de Paris, 1865.

(2) Briand, Du délire aigu; Thèse de Paris, 1881.

(3) Hertz, Du rétrécissement du canal jugulaire comme cause du délire aigu, negli *Annales médico-psychol.*, vol. VI, 1871.

(*a*) Cfr. Petrone, Il delirio uremico maniaco nelle malattie renali; *Riv. di Fren.*, VIII, 1883.

(*b*) [Ed ecco perchè lo Ziehen, il Bevan Lewis ed il Kirchhoff, non assegnando al *delirium acutum* un posto nosologico speciale, l'hanno proposto come varietà della paranoia acuta allucinatoria, della mania, o della *acute Verwirrtheit* (E. M.)].

Contrariamente alla mania, che colpisce di frequenza il sesso femminile [e i giovani], il delirio acuto è più frequente nell'uomo e nell'età media della vita.

Pare, insomma, che quest'affezione colpisca gli individui il cui cervello presenta scarsa resistenza naturale, e si sviluppi per influenza di cause molteplici che sono capaci di maggiormente diminuire tale resistenza ostacolando la nutrizione del sistema nervoso.

Sintomi. — Il delirio acuto, come vedemmo, può essere *primitivo* o *secondario*. Sarà più opportuno che prendiamo a trattare il delirio acuto primitivo, la cui descrizione ci permetterà di meglio discernere i sintomi che gli sono proprii, mentre il delirio secondario non differisce da lui che per ciò che è secondario ad un'altra malattia mentale.

Raramente l'accesso di delirio sopraggiunge all'improvviso, d'ordinario è preceduto da *prodromi*. L'ammalato, pochi giorni prima del manifestarsi dei sintomi caratteristici, diventa triste, preoccupato, ansioso, indifferente alle cose ed alle persone che gli sono attorno. L'intelligenza si offusca ed è come avvolta in una densa nebbia. Contemporaneamente, compaiono cefalalgie, vertigini ed un insonnio ostinato: l'appetito scompare, si ha stitichezza, e l'ammalato comincia a dimagrire. [Nella donna io avrei notato, con certa frequenza, una profusa menorragia durante lo stadio prodromico della affezione (E. M.)]. Si hanno sogni penosi ed incubi terrifici: già in questo periodo durante la veglia, vi sono allucinazioni spaventose, quali vista di cadaveri, scene orribili che impressionano vivamente l'ammalato; si possono anche avere illusioni del gusto, donde sospetti di avvelenamento. Di poi, l'indifferenza dà luogo alla diffidenza, a sentimenti di ostilità, a idee vaghe di persecuzione. Il paziente diviene intollerabile e intollerante a tutto, e si isola. Ancora cosciente del suo stato, capisce che in lui succede qualcosa di anormale, donde sinistre e troppo legittime apprensioni. Difatti, ben presto si manifesta il periodo d'agitazione che in breve s'aggrava, e con esso l'obnubilazione intellettuale, [l'incoscienza, l'incoerenza caotica delle parole e degli atti] e la febbre.

Nei casi tipici convien distinguere nel *periodo di stato* due subperiodi, uno di eccitazione ed uno di depressione o di collasso.

a] Il periodo d'*eccitazione*, dal punto di vista mentale, è caratterizzato da disturbi molto simili a quelli della mania acuta; ma l'eccitamento cerebrale e l'incoerenza delle idee sono ancor più notevoli, la coscienza e l'intelligenza più profondamente alterate: finalmente, le allucinazioni e le illusioni occupano nel quadro clinico di questa malattia una parte molto più importante di quello che abbiano nella mania.

L'agitazione arriva al suo massimo grado: l'ammalato va e viene in tutti i sensi, si precipita contro le pareti della sua camera, si getta violentemente a terra o sul letto; la sua fisionomia esprime volta a volta tutti i più svariati e più contrarii sentimenti: lo si vede arrestarsi di botto, tendere l'orecchio a voci immaginarie ch'egli crede di udire, o sotto gli stimoli di allucinazioni visive lo si scorge fare movimenti di difesa o cadere momentaneamente in estasi. Il linguaggio presenta gli stessi disturbi dei movimenti: si tratta di un seguito di vociferazioni, di frasi mal concatenate le une alle altre, di parole incoerenti, altre volte di semplici grida o di suoni inarticolati emessi con voce rauca o semivelata. Spesso quest'esuberanza di parola non permette scovrire alcuna preoccupazione speciale [o idea morbosamente intensa e persistente]: altre volte si hanno frasi che indicano talora il terrore, talora la soddisfazione e talvolta delirii religiosi, ipocondriaci. Foville vide un operaio che per più

giorni non cessava di parlare in modo incoerente delle sue relazioni coll'Imperatore, di titoli, di decorazioni e di ricchezze da questi prodigategli. Un giardiniere, esaminato da Ball, credeva passeggiare sempre in giardini deliziosi e respirare i soavi profumi dei gelsomini e delle rose. Un frate lazzarista, del quale parla Thulié, si metteva sul letto ed urlava senza tregua: Gesù, Giuseppe e Maria; [un'ammalata da me vista, gridava insistentemente che la si avvelenava; un'altra vedeva il proprio fidanzato morente (E. M.)]. Ma, il più spesso, il linguaggio degli ammalati si riferisce ad idee d'un altro ordine: si credono dannati, vedono i loro parenti morti, i loro bambini sgozzati, sospettano di essere avvelenati, credono di non più poter mangiare, di non poter più vivere. La natura del delirio è in rapporto con quella delle allucinazioni che, molteplici e morbose, hanno la massima parte nei disturbi intellettuali.

Come nella mania, il delirio si accompagna ad una iperestesia sensoriale generale, che interessa contemporaneamente la vista, l'udito ed il tatto. Così i rumori, la luce, le sensazioni tattili riescono a provocare delle vive reazioni: [il quadro clinico offerto dall'ammalato è quello della più completa, assoluta *pantofobia* (E. M.)].

Nel periodo d'eccitazione gli ammalati non sono completamente estranei a quanto loro succede d'intorno; talora, come nella mania, ci riesce di fissare momentaneamente la loro attenzione, interrogandoli a voce molto alta. Però, d'ordinario, esiste un'obnubilazione più o meno notevole della coscienza; ma come fa osservare Schüle, essa può cambiare da un momento all'altro: si vede l'ammalato passare di botto da uno stato di profondo stupore ad una relativa lucidità: " lo stupore si alterna con intervalli di semi-lucidità ".

Due sintomi importanti, l'uno frequente, l'altro costante, accompagnano i disturbi intellettuali: essi sono la *sitofobia* e la *febbre*. In generale l'ammalato rifiuta gli alimenti che gli si presentano o le bevande che gli si offrono; se s'arriva ad introdurgliene nella bocca, provocano uno spasmo riflesso della faringe che li fa rigettare. Di più, frequentemente s'osserva salivazione ed emissione quasi continua di sputo. [Notansi talvolta copiose epistassi (E. M.)].

Non v'ha delirio acuto senza aumento di temperatura. La *febbre* segna l'inizio del periodo d'eccitazione; essa può essere leggera nei primi giorni, ma più spesso sale bruscamente a 40° e più. Si mantiene a tale altezza quasi fino al termine della malattia, con remissioni passeggere che possono far credere ad un illusorio miglioramento. L'aumento della frequenza del polso e del respiro va di pari passo coll'aumento di temperatura. Il polso, della frequenza di 100 a 140, è piccolo, duro, talvolta irregolare ed ineguale: solo in via eccezionale è lento (Jensen). La pelle è secca, terrea; le urine scarse, talvolta contengono albumina [e, secondo Mairet-Laillier e Christian, una notevolissima quantità di fosforo (E. M.)].

Si è in questo periodo che in alcuni casi si manifestano delle convulsioni toniche o cloniche, generali o parziali, che possono ricordare quelle del tetano. [Un'ammalata da me vista in consulto privato presentava trisma e rigidità pupillare. Si aggiunga che molti infermi hanno tremito fibrillare della lingua e dei muscoli della faccia, sussulti, tremore, atassia nei movimenti di presa e in quelli intenzionati di ripulsione con cui in generale scostano da sè i cibi, gli oggetti tutti, le persone che loro si avvicinano (E. M.)].

b] Dopo 5 o 6 giorni, se non si ha miglioramento, al periodo d'eccitazione succede il *collasso*. Il delirio e l'agitazione cessano, e sono seguiti da stupore che ordinariamente accompagnano la mussitazione e la carpologia. [L'aspetto dell'infermo è quello di un tifoso grave (E. M.)]. Gli occhi diventano incavati,

il naso s'affila, le labbra diventano fuliginose, la lingua secca e coriacea, la voce estinta, le escrezioni si fanno involontarie, il respiro dispnoico, il polso piccolissimo. La temperatura continua ad innalzarsi e può oltrepassare i 41°, e l'ammalato muore nel coma per una specie di esaurimento acuto del cervello. Questo periodo è sempre di breve durata, non oltrepassa mai un giorno o due, e qualche volta dura soltanto qualche ora: [tuttavia esso basta per dar luogo rapidissimamente a disturbi trofic cutanei (piaghe di decubito) (E. M.)].

Varietà. — Possiamo, con Schüle, ammettere tre forme di delirio acuto: la forma *maniaca*, la *malinconica*, e quella con esaurimento o *paralitica*.

La prima è quella che servì di tipo alla nostra descrizione, e che, quasi esclusivamente, è studiata nella maggior parte delle opere francesi.

La seconda (*delirio acuto melanconico*) si distingue dalla precedente per l'inizio più subdolo; per un periodo prodromico più lungo; pel carattere triste e depressivo del delirio, che consiste in sogni monotoni sul tema di avvelenamento; pel rifiuto ostinato degli alimenti; per la minima elevazione di temperatura, che, dopo aver sorpassato la norma per due o tre giorni, può scendere sotto di essa; finalmente, ancora per la gravità dei fenomeni di denutrizione che ordinariamente si accompagnano alla diarrea, alle escare, all'aspetto tifoide [" typhomania „ di alcuni alienisti americani (E. M.)], e spesso alle varie lesioni viscerali, polmonari o renali. La prognosi di questa forma sembra alquanto meno grave di quella della forma maniaca; la si riscontra di preferenza negli individui affranti da lunghe sofferenze fisiche e morali, nelle puerpere, specialmente quando il parto fu laborioso e stentato, [o in cui l'allattamento è difficile.

Questa forma di delirio acuto comprende una sottovarietà, la *melancolico-stupida*, in cui oltre ai sintomi melancolici (tristezza, angoscia, illusioni ed allucinazioni terrifiche, rimorsi e spaventi per lo più di indole religiosa, delirio di dannazione, ecc.) si notano fin da prima e poi a poco a poco predominano quelli confusionali o meglio disnoici (confusione, aprosessia assoluta, oscuramento della coscienza, caos ideativo, stupore, ecc.). Essa è stata bene descritta dal Majorfi (*a*), il quale vide l'esito letale in 4 su 6 casi, e trovò all'autopsia costanti lesioni cerebrali e meningee, soprattutto sulla pia madre. È però verosimile che la varietà melanconico-stupida si congiunga senza salto, se pur non è la stessa, alla terza forma, la paralitica (E. Morselli)].

La forma detta *paralitica* merita appena una descrizione a parte: essa costituisce una varietà intermediaria fra le due prime, in quanto s'inizia come la maniaca con fenomeni d'eccitazione che però si alternano con sintomi di depressione, di stupore, di paralisi vaso-motoria come nella forma melanconica. L'eccitazione però è meno viva, la febbre meno intensa che nella varietà maniaca; inoltre la temperatura non tarda ad abbassarsi, e gli ammalati muoiono in collasso ed in uno stato algido per paralisi dei centri termici.

Di queste tre forme la prima è la più breve (5 od 8 giorni), la seconda la più lunga, poichè talvolta non ne segue la morte che dopo parecchie settimane; la terza, o paralitica, ha una durata media.

Diagnosi. — Il quadro clinico del delirio acuto ricorda molto quello che presentano alcune *malattie infettive*, tanto che ci si può trovare imbarazzati a differenziarlo da esse. Le febbri esantematiche con delirio si differenzieranno

---

(*a*) Majorfi, Delirio acuto degli alienati a forma melancolico-stupida; *Arch. mal. nerv. e ment.*, XX, 1883, p. 173.

facilmente per la presenza dell'esantema. La febbre tifoide potrebbe facilmente essere scambiata con esso; ma in questa malattia, anche quando i sintomi cerebrali sono imponenti, i disturbi psichici e specialmente le illusioni e le allucinazioni sono meno imponenti: d'altra parte, lo stato dell'addome, il dolore alla fossa ileo-cecale, il tumore di milza, la diarrea permetteranno di diagnosticare con abbastanza facilità il tifo addominale. La pneumonite, quando si accompagna a disturbi cerebrali, può, anch'essa, simulare per un istante il delirio acuto, ma i sintomi fisici ci soccorreranno ben presto pella diagnosi (*a*). Nella meningite semplice o tubercolare il delirio è meno grave, l'agitazione meno violenta; vi hanno vomiti, disturbi pupillari, strabismo, paralisi e convulsioni parziali.

Nella *mania acuta* il delirio è più esclusivamente psichico, meno sensoriale; la febbre può non esistere, o, se vi ha aumento di temperatura, esso è soltanto di pochi decimi di grado, e transitorio; la denutrizione avviene meno rapidamente, e non si hanno nè l'aspetto tifoso, nè i fenomeni di collasso. Che se intervengono questi sintomi, è segno che il delirio acuto si complica a mania.

In sull'inizio o nel decorso della *paralisi generale* si può osservare febbre, delirio grave con allucinazioni, ben presto seguìto da collasso o da morte. Quando questa sindrome si manifesta molto tempo dopo l'inizio dell'affezione, l'anamnesi e la coincidenza di disturbi somatici (impaccio della parola, tremito delle labbra e della lingua, ineguaglianza pupillare), ci permetteranno diagnosticare l'encefalite interstiziale diffusa. Del resto, in questi casi possiamo dire di aver a che fare con un vero delirio acuto che sorge a complicare la paralisi generale. E questa complicazione può avvenire molto presto, quasi nello stadio iniziale dell'encefalite. In tal caso, come nel precedente, possiamo restare in forse prima di stabilire se si tratta di un delirio acuto secondario complicante la paralisi generale o non piuttosto di una forma di quest'ultima a decorso rapido. Allo stato presente delle nostre conoscenze è difficile risolvere tale questione. Il fatto sicuro si è che il quadro sintomatico può non essere molto diverso da quello del delirio acuto primitivo, se non per l'aggiungersi di qualcuno dei sintomi più precoci della demenza paralitica; d'altra parte, all'autopsia, [debole conforto, a dir vero, rispetto alle difficoltà della diagnosi sul vivo!], si riscontra una meningo-encefalite più o meno grave.

Qualche volta una paralisi generale a decorso più o meno lento incomincia con un grave accesso maniaco. In tal caso si potrebbe temere imminente un accesso di delirio acuto, ma la febbre non è alta, la faccia è accesa, le allucinazioni mancano o sono rare; i sintomi, ordinariamente, durano più di quanto non succeda nel delirio febbrile semplice, e non tardano a manifestarsi l'incoordinazione delle idee, l'indebolimento intellettuale ed altri sintomi dell'encefalite diffusa.

Vi hanno grandi analogie fra il delirio acuto ed il *delirium tremens;* ma, indipendentemente dall'anamnesi, il tremito intenso [e in massa] della lingua e degli arti, il predominare delle allucinazioni visive e spaventose, [la parvenza

(*a*) [In questi stessi giorni (11 giugno 1895) in un consulto avuto con un egregio collega alienista, ho potuto la mercè di un esame fisico accurato, che mi rivelò l'esistenza di un focolajo pneumonico alla base del polmone destro, eliminare il diagnostico di *delirium acutum* enunciato da lui in via dubitativa. Trattavasi evidentemente di un'amenza confusionale allucinatoria in giovane signora uscita da poco da un difficile puerperio, e la febbre, d'altronde non alta, teneva alla pneumonite lobare rimasta latente per la solita mancanza di escreato e per la scarsezza della tosse che i pazzi ordinariamente ci presentano (E. MORSELLI)].

di sogno del delirio (E. M.)], permetteranno diagnosticare la seconda di queste affezioni.

Prognosi. — Il delirio acuto è il più spesso mortale, [dieci volte su diciotto, secondo Krafft-Ebing (E. M.)]. Nei casi seguiti da guarigione (una volta su quattro, secondo Marcé, [che probabilmente confonde insieme forme vesaniche diverse]), essa comincia col ritorno del sonno e col progressivo miglioramento degli altri sintomi. La convalescenza è lunga, e la malattia lascia spesso una specie di debolezza mentale. La demenza consecutiva, soprattutto, è frequente quando l'affezione si è manifestata durante il decorso di una malattia [mentale] preesistente.

Il delirio acuto può recidivare, e le recidive sembrano ancor più gravi del primo attacco, e ciò tanto dal punto di vista delle conseguenze prossime che delle remote.

Anatomia patologica — Patogenesi e natura. — Le lesioni che si riscontrano all'autopsia degli individui morti per delirio acuto variano a seconda dei casi: talvolta non se ne trovano affatto, talvolta esse consistono in lesioni congestizie delle meningi e della sostanza cerebrale, altre volte, finalmente, rappresentano lo stadio iniziale di un processo infiammatorio.

È certo che l'esame il più accurato del cervello, quello, almeno, fatto ad occhio nudo, in certi casi non fa rilevare alcuna alterazione apprezzabile. Thulié ha segnalato casi di questa specie nel suo lavoro sul *delirio acuto senza lesioni:* egli crede che i disturbi cerebrali siano in questi casi dovuti all'*anemia cerebrale.* Quest'interpretazione non può accettarsi senza difficoltà, e più tardi ne diremo la ragione.

Il più spesso, le lesioni osservate furono di natura *congestizia.* Qualche volta la dura madre partecipa al processo iperemico; essa, inoltre, è come distesa per l'aumento di volume del cervello congesto. Ma i disturbi vascolari sono specialmente notevoli nella pia madre: i vasi di essa, soprattutto attorno alla scissura di Silvio o sui lobi frontali e sfenoidali, sono ripieni di sangue ed i capillari sembrano finamente iniettati. Qualche volta la meninge è leggermente edematosa, ed attorno ai suoi vasi possono riscontrarsi dei piccoli stravasi sanguigni. La sostanza grigia del cervello è congesta come le meningi; la pia madre si lascia facilmente staccare dalla corteccia, la quale, dopo quest'ablazione, appare disseminata da punticini vascolari visibili al taglio che occupano di preferenza gli strati medii e profondi. Qualche volta la congestione della sostanza nervosa si presenta sotto l'aspetto di macchie di colore ametista od ortensia, quali furono da gran tempo descritte da Calmeil.

In certi casi il processo patologico va oltre allo stadio dell'iperemia, ed allora si riscontrano delle lesioni che possono considerarsi di natura *infiammatoria.* [Questo dà ragione al Krafft-Ebing, quando indica il delirio acuto come " una iperemia effervescente essudativa con esito in periencefalite acuta " (E. M.)]. Lungo i vasi della pia madre si riscontrano delle briglie bianche perivascolari; la membrana non si lascia più staccare facilmente dalla sostanza nervosa: essa è aderente alla superficie delle circonvoluzioni, e la sua ablazione determina delle piccole erosioni della corteccia, che ricordano quelle che si osservano nella paralisi generale nei suoi gradi meno avanzati. [E forse è di origine flogistica l'aumento di peso specifico notato dall'Agostini tanto nella sostanza bianca cerebrale, quanto, e più, nella grigia delle circonvoluzioni (E. M.)].

Le lesioni istologiche corrispondenti a quest'ultima serie di fatti non sono ancora state bene studiate. Calmeil, che tentò metterle in chiaro, ma con una tecnica affatto primitiva, aveva trovato una enorme turgescenza dei vasi ed accumulo di elementi granulosi sia entro i vasi stessi, sia nello spessore della sostanza cerebrale. Goffredo Jehn (1) riprese questo studio, e trovò, lungo i vasi, delle granulazioni di pigmento e qualche nucleo rotondo granuloso, aumento dei nuclei della nevroglia, alterazioni cellulari per deformazione e degenerazione granulo-grassosa, e, finalmente, molte gocciole di grasso in ogni campo del microscopio. Contemporaneamente, trovò nel midollo una lesione delle fibre dei cordoni posteriori che varierebbero nel loro spessore longitudinalmente e, nei loro interstizii, sarebbero attorniate da cellule granulose. [Il Rezzonico pure (a) trovò iperemia cerebrale, veri emboli costituiti di micrococchi otturanti il lume dei minuti capillari, e degenerazione adiposa delle pareti vasali, delle cellule nervose, degli elementi connettivi (E. M.)].

Aggiungiamo che, indipendentemente dalle alterazioni cerebrali, negli individui morti per delirio acuto possiamo riscontrare varie lesioni viscerali, degenerazione colloide e cerea di certi muscoli (Fürstner (2), Briand), una colorazione rossastra dell'intima dell'arco dell'aorta (Briand), probabilmente dovuta ad infiltrazione sanguigna quale si osserva in molti casi di stato tifoide, congestione dei reni, iperemia dei polmoni, bronco-pneumonite.

Checchè si voglia dire circa il valore e l'importanza delle alterazioni suddescritte, riesce difficile spiegare soltanto con esse la sintomatologia così clamorosa ed a così rapido decorso del delirio acuto. Il supporre, a esempio con Thulié, che nei casi nei quali anche queste lesioni congestizie mancano, l'anemia basti a spiegare il quadro morboso, si è attribuire a questo disordine vascolare, la cui esistenza *ante mortem* non può essere dimostrata, una importanza difficilmente accettabile. A rigore, nei casi nei quali i disordini confinano con un processo infiammatorio, potremmo spiegarci i disturbi che riscontransi con una riacutizzazione della meningo-encefalite. Però, contrariamente all'opinione di A. Foville, pare che questi casi non costituiscano la regola. Quando si rilevano delle vere lesioni infiammatorie è possibile che ci troviamo avanti ad una forma acuta di paralisi generale, [come fa rilevare anche Kraepelin].

Riguardo ai semplici disturbi vascolari che, il più spesso, costituiscono l'unica lesione apprezzabile, siamo in diritto di dire con Calmeil e Marcé che essi non spiegano i sintomi così gravi della malattia. Se si bada alle analogie che il delirio acuto presenta, tanto dal punto di vista anatomico che sintomatico, col *delirium tremens* alcoolico, non possiamo astenerci dal pensare che l'iperemia e le lesioni infiammatorie, quando esistono, sono il riflesso di un'alterazione umorale, infezione od auto-intossicazione, che sarebbe la causa prima e determinante dell'affezione. Briand (3) emise da poco quest'ipotesi, che fino ad ora, convien pur dirlo, si fonda su semplici induzioni e non su fatti sufficientemente assodati. E invero, non bastano le ricerche come quelle di Marro che trovò nelle urine una quantità notevole di acetone, perchè l'acetonuria si riscontra nella maggior parte degli alienati ed anche allo stato normale

(1) G. Jehn, Beiträge zur pathologischen Anatomie acuter Delirien, in *Arch. für Psychiatrie*, 1878, t. VIII, pag. 594.

(a) Rezzonico, Contr. all'anat. patol. del delirio acuto; *Archivio italiano malattie nervose*, 1884.

(2) Fürstner, in *Archiv für Psychiatrie*, vol. XI, fascicolo 2, pag. 517.

(3) Briand, loc. citato.

(Boeck e Slosse). [Bisogna che pensiamo piuttosto ad invasioni microbiche. Il Rezzonico aveva già segnalata l'importanza dei micrococchi da lui trovati nel sangue (E. M.)]. Recentemente L. Bianchi e Piccinino (1), coltivando su agar il sangue di individui affetti da delirio acuto, riuscirono ad isolare un bacillo che si colora in bruno col metodo di Gram. Le culture iniettate nei conigli ne determinarono la morte, ed il microbio fu riscontrato nelle meningi. [Esso risulterebbe da micrococchi in catena o a grappoli, isolati o appaiati, i quali si trovano anche in circolo (E. M.)]. Tali ricerche hanno ancora bisogno di conferma, [per quanto dall'autorevole Laboratorio del Tizzoni di Bologna si sia già cominciato a darla (*a*). Una volta poi assicurata la esistenza di un microorganismo caratteristico, che potrebbe anche essere diagnosticato in vita la mercè della puntura Quincke (estrazione del liquido encefalo-rachidiano nella regione sacrale), come si pratica oggidì nelle comuni meningiti, si avrebbe una base certa anatomo-patologica per la diagnosi differenziale del *delirio acuto bacillare* (E. M.)].

Possiamo d'altra parte domandarci se il delirio acuto è una malattia *unica*, se cioè esso costituisca una varietà morbosa ben definita o se, per contro, non costituisca che una sindrome, le cui condizioni patogeniche sarebbero molteplici come le eziologiche. Molti alienisti sono di quest'avviso e specialmente Mendel e Jolly. Tale è anche l'opinione di Schüle, pel quale il delirio acuto non sarebbe una malattia *sui generis*, ma verrebbe costituito da una serie di affezioni cerebrali acute. Abbiamo visto come questo autore descriva tre forme di delirio acuto: la maniaca, la melanconica e la paralitica. Ora, secondo lui, la forma maniaca corrisponderebbe ad un'iperemia attiva (esaurimento acuto), la melanconica ad una congestione passiva con stasi ed edema (asfissia cerebrale), e la paralitica [o da collasso] ad anemia con inanizione del cervello. [Ma ben più positivo è il nostro Bianchi: egli ha dato un fondamento alla dottrina clinica che ammette l'esistenza autonoma di un *delirium acutum*. " Tra le forme psicopatiche che mentiscono il delirio acuto e che sono state descritte come tali (egli dice), ve ne è una cui si potrebbe assegnare il nome di *delirio acuto bacillare*, che si distingue da tutte le altre: clinicamente, per una maggiore intensità di fenomeni, per la fase adinamica che succede prontamente alla fase di eccitazione, per il corso molto breve e per l'esito letale; batteriologicamente, per la presenza nel sangue e nei centri nervosi di un particolare bacillo ". Essa è, adunque " una malattia infettiva grave, non sicuramente riconoscibile che per mezzo dell'esame batterioscopico del sangue. La febbre però non caratterizza la natura bacillare di un delirio acuto: vi sono forme di delirio *sensoriale* acuto che possono decorrere febbrili, senza che alla febbre si possa assegnare altra causa se non una polmonite o bronchite,

---

(1) *Annali di Neurologia*, XI anno [1893], fasc. I, p. 1. [Il Bianchi, al Congresso medico internazionale di Roma (1894) ha ripetuto che si tratterebbe probabilmente di un'infezione *sui generis:* però vuole che si distinguano i casi di vero *delirium acutum (bacillare)* da quelle forme che sono aggravamenti della vesania primitiva (mania, delirio sensoriale, paralisi). Contraddisse la specificità del microorganismo esistente nel delirio il Dr. Martinotti di Torino, allegando d'avere avuto in 3 casi risultati negativi, in 2 uno streptococco ed in un 6° lo stafilococco piogeno aureo o albo (Cfr. ".Resoc. del Congr. „ *Riv. di Fren.*, XX, 1894, fasc. II). Anche Polt (*Medical News*, 30 giugno 1894) dice che il microbio trovato da lui nel liquido cefalo-spinale non si differenzia da quello degli essudati della comune meningite. Tuttavia, Bianchi e Piccinino (*Annali di Neurologia*, XII, 1894, fasc. VI) sono tornati sull'argomento con sette nuove osservazioni, e sempre trovarono il microorganismo speciale, da essi descritto la prima volta, nei casi di vero delirio acuto (E. Morselli)].

(*a*) Cfr. Rasori, Contr. alla patog. e all'etiol. del del. acuto; *Riforma medica*, 1890.

un catarro intestinale, ecc. „. Vi sono, è vero, " altre „ forme di delirio acuto e di *mania gravis* che dànno un reperto batterioscopico positivo, ma i microorganismi quivi visti da Martinotti, D'Abundo, ecc., sono quelli comuni, non lo specifico di Bianchi e Piccinino, la cui infezione " molto rara „ darebbe quel delirio acuto bacillare che dovremmo d'ora innanzi separare da tutti i casi più o meno affini di delirio sensoriale od allucinatorio d'origine febbrile, o autotossica, o tossica, o anche da infezione microbica comune (E. Morselli)].

Cura. — Le regole ed i metodi di cura applicabili al delirio acuto non differiscono di molto da quelli di cui abbiamo già parlato a proposito della cura delle forme gravi di mania. [Sommariamente si possono indicare così (*a*): isolamento dell'ammalato e calma dell'ambiente; bagno tepido prolungato, vescica di ghiaccio al capo, sanguisugio alle mastoidi, derivazioni sull'intestino, ergotina per iniezioni, e, secondo le circostanze, sedativi od eccitanti; iperalimentazione. E sembra che l'esito della gravissima affezione dipenda in buona parte dal trattamento, a seconda, cioè, che lo si istituisca più o meno presto e con sicurezza di intenti. Vi è chi può vantare (Guicciardi) il numero relativamente esiguo di 4 morti soltanto su 11 casi, e ciò per la pronta ed energica associazione di tutti i mezzi curativi indicati (E. M.)].

Come nei maniaci, proscriveremo i mezzi di contenzione, ma ricorreremo all'*isolamento* in una camera ben chiusa, lungi dalla luce intensa e da ogni rumore. Noi eviteremo soprattutto le emissioni sanguigne che indeboliscono maggiormente l'organismo.

Contro l'*eccitazione*, l'impacco umido, i bagni tiepidi prolungati, l'uso contemporaneo del cloralio e dei bromuri alcalini potranno riuscire utili. Se l'azione dei bromuri non riesce prontamente efficace, non converrà prolungarne l'uso ed esser cauti anche nella prescrizione del cloralio, che Schüle arriva anzi a proscrivere affatto.

[Contro la *congestione cerebrale* che in un certo numero di casi (non sempre come parrebbe) si unisce, almeno nei primordii, all'infezione, giovano l'ergotina per via ipodermica (Solivetti, Holm), o le derivazioni cutanee ed intestinali, fra cui parrebbemi vantaggioso tentare lo stivale di Junod, che dà, secondo Forlanini, così buoni e rapidi risultati in tutti i processi congestizii viscerali. Notevoli sarebbero i due casi riferiti dal Santangelo (*b*) in cui l'affezione fu troncata favorevolmente dallo sviluppo spontaneo di un catarro intestinale, se la diagnosi di delirio acuto vero, bacillare, non fosse circondata da tante difficoltà (E. M.)].

Contro la *febbre*, il solfato di chinina, il salicilato di sodio possono in qualche caso riuscire utili. Rimedieremo alla stipsi con clisteri.

Non dimenticheremo che il pericolo del delirio acuto è determinato specialmente dalla *depressione*, che segue il periodo di eccitazione. Quindi, evitando tutti i medicamenti capaci di indebolire gli ammalati, ricorreremo a quelli che invece, possono sostenerli. La rivulsione cutanea praticata per mezzo di frizioni, di senapismi, [del pennello faradico], troverà la sua indicazione. Però la cura principale sarà rivolta a sorvegliare l'alimentazione che, secondo Schüle, dovrà essere sostanziosa ma non eccitante. Si darà di preferenza del latte, delle uova, del succo di carne, del vino, della birra in piccola quantità. [Anzi, Guicciardi propone l'iperalimentazione (*gavage*) (E. M.)]. Se

(*a*) Cfr. Guicciardi, in *Riv. sper. di Fren.*, XV, 1889, p. 465.
(*b*) Cfr. Santangelo, in *Pisani*, 1893, 1°.

l'ammalato rifiuta gli alimenti, non ricorreremo alla sonda che in caso di estrema necessità, perchè questa pratica richiede sempre delle manovre che in questi casi possono riuscire pericolose: tenteremo i clisteri nutritivi oppure propineremo a poco a poco i liquidi alimentari pella via boccale chiudendo leggermente le narici. Potremo anche utilizzare con vantaggio il metodo proposto da Fernet che consiste nel versare gli alimenti nel naso per mezzo di un cucchiaio o di una caffettiera munita di un becco *ad hoc:* i liquidi, scorrendo sul piano inferiore delle fosse nasali, arrivati in faringe provocano in essa dei movimenti di deglutizione.

Bibliografia. — A. Foville, art. Délire aigu del *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Parigi 1872. — M. Briand, Du délire aigu; Thèse de Paris, 1881. — Ball et Chambard, art. Délire aigu del *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Parigi 1882. — Schüle, art. Délire aigu del *Traité clinique des maladies mentales*, loc. cit., p. 310. — R. Percy Smith, art. Acute delirious mania, nel *Dictionnary* di H. Tuke, loc. cit. [Vol. I, p. 52, e non *Acute Delusion*, come scrive l'A. — Wilks, art. *Delirium*, nello stesso *Dictionn.*, vol. I, p. 332. — Mendel, art. *Delirium acutum*, nella *Real-Encyclopaedie* di Eulenburg, Trad. ital., vol. IV, p. 369.— Kowalewswky, Delirium acutum, *Medicyna*, 1889 (in russo). — Fath, Histor.-krit. Abhandlung üb. den als " Delirium acutum " bezeichneten Krankheitszustand. Inaug. Dissert. Strasburgo 1889 (E. Morselli)].

[II. [a]

PSICOSI TOSSICHE

Sinonimia: Alienazioni mentali per intossicazione (Morel); Follie dovute a stati morbosi speciali, in parte (Legrand du Saulle, Cullerre, ecc.); Follie da intossicazione o da virus (A. Voisin); Stati morbosi misti tra la psichiatria e la patologia comune, in parte (Magnan); Neurosi tossiche (Spitzka); Intossicazioni croniche (Krafft-Ebing, Kraepelin nelle ultime ediz.); Frenopatie di natura tossica, per azione deleteria di date sostanze sul sistema nervoso (Morselli, 1883-5); *Psychoses toxicae* (Kowalewsky, Korsakoff); Malattie mentali da alterazioni cerebrali d'origine chimica (Sommer).

Concetto e posizione nosografica delle psicosi tossiche. — Un gran numero di stati psicopatici è la conseguenza di intossicazioni acute o croniche dell'organismo. Nei capitoli precedenti venne più volte segnalata l'origine tossica delle psicosi primitive, specialmente a riguardo della vesania confusionale, tanto nella forma stupida, quanto, e più, nella forma allucinatoria. Meglio ancora, nella parte del *Trattato* che si riferisce alle intossicazioni furono con maggiore o minore ampiezza segnalati i disturbi neuro-psichici consecutivi all'azione dei veleni, ponendone in rilievo le particolarità cliniche in rapporto con la diversa natura di questi. Nè basta: perchè anche nello svolgimento di tutte le altre parti della Medicina interna più volte i compilatori dovettero ricordare nella sintomatologia, nel decorso e nell'esito o fra le complicazioni frequenti delle malattie organiche e generali infettive i più varii e gravi perturbamenti delle funzioni psichiche, sia perchè il cervello partecipasse in via diretta al processo morboso comune, sia perchè questo agisse in via indiretta sulla circolazione e nutrizione del cervello medesimo.

Noi troviamo, adunque, ad ogni piè sospinto, nella Psichiatria da un lato, nella Patologia comune dall'altro, numerosi e svariati rapporti fra intossica-

(a) Capitolo scritto appositamente per l'edizione italiana dal prof. E. Morselli.

zione e psicosi: chè, tanto più progredisce lo studio delle malattie nervose e mentali, e più cresce il numero di quelle che dobbiamo ascrivere all'azione di sostanze venefiche. Vi sono, anzi, veleni i quali di preferenza agiscono sui centri nervosi, e particolarmente sulla corteccia cerebrale, così da essersi meritato addirittura il nome di *veleni psichici:* i loro primi e più gravi effetti si fanno sentire nella sfera intellettuale, affettiva e volitiva, e qualora l'azione funesta se ne ripeta, essi inducono stati morbosi permanenti della psiche sul substrato di lesioni anatomo-patologiche progressivamente degenerative dell'encefalo e delle sue meningi. Vi è anche, per taluni di essi, una vera specificità d'azione: il quadro clinico di certe intossicazioni, per riguardo ai disturbi di innervazione sensitiva, motoria, trofica e psichica, acquista tali peculiarità caratteristiche, da costringerci a creare altrettante forme distinte di psico(neuro)si tossiche nel gruppo piuttosto complesso delle cerebropatie dovute all'azione chimica deleteria di date sostanze.

Questo gruppo fu tra i primi ad essere separato nelle moderne classificazioni psichiatriche, e chi soprattutto gli diede in Patologia mentale un posto importante, anzi capitale, fu il Morel, tanto nella sua grande dottrina delle degenerazioni, quanto nella sua celebre classificazione etiologica (*a*). Egli volle dimostrare, anzi tutto, che le alienazioni *tossiche* costituivano un gruppo affatto caratteristico, al pari di quelli delle alienazioni *ereditarie*, delle *neurosiche*, delle *idiopatiche* (paralisi generale e forme affini) e delle *simpatiche* (collegate, cioè, a lesioni fisiche comuni). Oltre a ciò egli distinse, sempre sotto il punto di vista etiologico, le follie tossiche dipendenti da sostanze narcotiche impiegate per procurarsi sensazioni artificiali (*alcoolismo*, *morfinismo*, ecc.); quelle prodotte dall'influenza funesta di certe industrie (*saturnismo*, *idrargirismo*, ecc.); quelle dovute ad un'insufficiente o incongrua nutrizione (*maidismo* o pellagra, *ergotismo*, ecc.); da ultimo, quelle derivate dall'influenza palustre o dalla costituzione speciale del suolo (*cretinismo*, *paludismo*, ecc.). Si è certamente progredito assai in Psichiatria dal Morel in poi, e di qualche forma di cerebropsicopatia tossica, ad esempio della pellagra, del cretinismo, ecc., si è meglio determinato l'agente tossico, per lo meno se n'è alquanto modificato il concetto patogenetico (*b*); ma quella sua creazione nosologica delle follie da intossicazione, quella sua distinzione in sottogruppi perdurano tuttora nelle linee generali, e se noi gettiamo uno sguardo ai saggi migliori e più recenti di classificazioni nosografiche psichiatriche sempre vedremo accuratamente separate le psicosi tossiche dalle altre.

(*a*) Cfr. Morel, Traité des Dégénérescences, e Traité des mal. mentales, già cit. nella *Bibliografia generale*, pp. 80-81 di questo volume.

(*b*) È utile però rilevare la genialità del Morel quando intuiva l'indole tossica del cretinismo. Oggi si propende a considerare il cretinismo come l'effetto di un'auto-intossicazione connessa ad un imperfetto sviluppo o ad una affezione precoce della *tiroide*, ed io aggiungo, forse anco del *timo*. In tal caso l'indole del cretinismo sarebbe *endogena*. Ma non potrebbe esser giusta l'altra intuizione del Morel che poneva il “ veleno „ cretinogeno su una stessa linea col “ veleno „ malarico? La caratteristica distribuzione geografica, geologica ed etnica del cretinismo e del paludismo lascia presupporre un rapporto di affinità più o meno stretto fra le due cause morbigene. Per la malaria noi siamo oggimai in possesso di dati scientifici sicuri, che ce ne spiegano tutta la fenomenologia con la specificità d'azione d'un parassita del sangue e delle sue varietà morfologiche. (Veggasi in questo *Trattato* il capitolo sul Paludismo del Vidal, con le importantissime aggiunte del prof. Golgi, vol. I, parte 2ª, pag. 349). Non può sospettarsi, adunque, ed ammettersi *a priori* che anche il cretinismo sia il prodotto di una consimile invasione parassitaria, favorita da condizioni speciali di clima e di suolo, e localizzantesi, per un'azione elettiva dell'agente patogeno, nelle ghiandole così dette ematopoietiche (tiroide, timo), la cui funzione nel periodo di sviluppo dell'organismo verrebbe alterata od impedita?

Non parliamo delle classificazioni etiologiche o anatomo-patologiche (Skae, Ball, A. Voisin, ecc.), dove l'agente tossico è ricordato espressamente nella denominazione della psicosi. Diremo invece che anche quegli autori i quali in sul principio avevano fuse le malattie mentali da intossicazione con quelle complicanti le cerebropatie organiche e le neurosi (ad es. Schüle, Krafft-Ebing, Magnan, Kraepelin, ecc.), o che le ponevano in un gruppo eteromorfo designato con la vaga qualifica di " pazzie complicate „ (*a*), hanno finito col ritorno più o meno esplicito all'originale concetto del Morel (*b*). In ciò si sono messi d'accordo con quei moltissimi autori che mai avevano scomposto un gruppo così caratteristico di psicosi (ad. es., Baillarger, Legrand du Saulle, Hack Tuke, Leidesdorf, Savage, Meynert, Cullerre, Régis, Dagonet, ecc.), o che negli ultimi tempi ne hanno, anzi, sempre più nettamente delineati i confini e consolidata la posizione nosologica (Morselli fino dal 1883, Kowalewsky, Bechterew, Levinstein-Schlegel, Scholz, Kirchhoff, Korsakoff, Dornblüth, Sommer, Schlagenhausen).

Intossicazioni ed auto-intossicazioni. — Le sostanze tossiche, che per la loro azione chimica agiscono sui centri nervosi e dànno luogo a disturbi psichici più o meno caratteristici, possono dividersi a seconda della loro origine in due categorie. Le une sono formate nell'organismo stesso: le altre vi vengono introdotte dal di fuori; nel primo caso abbiamo una intossicazione neuro-cerebrale *endògena:* nel secondo caso la intossicazione è *esogena.* Ma gli autori riserbano alle sole psicosi di questa seconda categoria il nome di tossiche; essi considerano che le prime, appartenendo all'ancora mal definito e molto discusso genere delle auto-intossicazioni, non possono essere convenientemente separate dalle vesanie funzionali in genere o da quelle denominate in altri tempi diatesiche e simpatiche. Tuttavia, una riflessione anche affrettata su questo soggetto mostra che il fondamento patogenetico, se non è uguale, è molto affine; e qualunque siasi la provenienza dell'agente tossico, venga esso dal di fuori o si formi al di dentro dell'organismo, il risultato sarebbe pur sempre quello di un inquinamento dei centri cerebrali.

E infatti, già si è dovuto parlare di una probabile endogenesi da auto-intossicazione nei capitoli precedenti della mania, melancolia, amenza e delirio acuto, sebbene per quest'ultimo sempre più si renda verosimile l'origine microbica. A riguardo delle tipiche vesanie primitive, la cui patogenesi è tuttora oscurissima in ragione dell'incertezza nella quale ci lascia l'anatomia patologica, molti autori accarezzano oggi l'idea che possa trattarsi di un inquinamento dei centri nervosi per una mancata eliminazione di prodotti escrementizî del ricambio materiale, o per l'assorbimento di sostanze tossiche formantisi, ad esempio, nel tubo digestivo, o nell'interno dei tessuti (*c*). A ciò mirano specialmente le indagini, più volte qui ricordate, rivolte a stabilire il coefficiente di tossicità delle urine e del sangue nelle diverse malattie mentali (*d*).

(*a*) Tale designazione permane tuttora nella classificazione statistica del professore A. Verga. Cfr. a pag. 78 di questo volume.

(*b*) Si confrontino la prima edizione del *Lehrbuch* di Krafft-Ebing (1879-80) con la quinta (1893); la prima del *Handbuch* di Schüle (1878) con la sua terza (Klinische Psychiatrie, trad. ital. 1890); il *Compendium* di Kraepelin (1883) colla sua quarta (Psychiatrie, 1893); e si vedranno le prove di quanto affermo nel testo.

(*c*) Cfr. Jacobson, Ueber Autointoxications-Psychosen; *Allg. Zeits. für Psych.*, 1894, LI, p. 379.

(*d*) Buone considerazioni su ciò ha svolte, in Italia, il prof. D'Abundo, nella sua Memoria sul sangue dei pazzi in *Riv. di Freniatria*, XVIII, 1892.

Di più, osservazioni di antichissima data hanno messo in rilievo rapporti etiologici fra certe abnormi condizioni individuali dell'emotività, del carattere, dell'ideazione, in altri termini fra alcuni stati psicopatici, e le alterazioni costituzionali del ricambio materiale. Si parlava allora e si torna adesso a parlare di *psicosi diatesiche*. Nelle così dette discrasie acide, quale sarebbe la ossaluria, nella diatesi urica, nel diabete mellito, nel diabete fosfaturico, nella gotta, non mancano mai, o sono, per lo meno, frequentissimi, i sintomi morbosi nella sfera mentale (*a*): che anzi talune volte si giunge a vere e proprie psicosi, le quali hanno potuto ricevere perfino le designazioni speciali di *pazzia reumatica, artritica, gottosa, diabetica, cloroanemica* e simili. Ad esse connettevansi poi nei tempi andati altre pazzie diatesiche, ad esempio la *tubercolare*, la *cancerosa*, la *sifilitica*, la *metastatica* (?), di cui oggi, per contro, andiamo indagando la patogenesi col criterio positivistico della infezione.

I disturbi cerebrali che accompagnano o susseguono le singole malattie acute da infezione, non si spiegano altrimenti che per mezzo dell'azione tossica di uno speciale agente infettivo. Una volta si attribuiva importanza all'iperemia dei centri nervosi durante il periodo d'acme, alla sua anemia durante la convalescenza. Poi si pensò all'alta temperatura della febbre, e conseguentemente alla presenza di sostanze pirogene nel sangue. Quest'ultimo concetto patogenetico par giusto, ma bisogna modificarlo nel senso che tali sostanze sono versate in circolo o perchè segregate dall'agente morboso (microbio, virus), o perchè preparate dall'organismo stesso in vista di combattere l'agente morboso e le sue tossine (produzione di alessine). Checchè sia di ciò, il processo delle malattie da infezione, per ciò che riguarda i centri nervosi e le loro manifestazioni funzionali abnormi, è di indole infettivo-tossica.

Si può, da ultimo, ravvicinare, fors'anco assimilare al gruppo delle psicosi autotossiche tutte quelle forme vesaniche più o men bene delimitate, che si svolgono sulla base di una affezione cronica, debilitante dell'organismo, e che dagli alienisti sono state fino a poco tempo fa designate col nome espressivo di *pazzie simpatiche*. Si distinguevano la *pazzia cardiaca*, la *pneumonica*, la *gastro-intestinale*, la *epatica*, la *vescicale*, la *renale*, l'*utero-ovarica*, la *spermatica*, ecc. Può, certo, parere strano che esse figurino tuttora in alcuni manuali abbastanza recenti di patologia mentale (Spitzka, Savage, Cullerre, Régis), quando si pensi che tali forme vesaniche non hanno caratteri speciali sotto il riguardo dei sintomi, del decorso, degli esiti, e che anche il rapporto etiologico con la lesione organica dell'apparato circolatorio, respiratorio, digestivo, uro-genitale, non è mai di facile dimostrazione nei casi concreti (*b*). Nondimeno questo rispetto ad un'idea tradizionale della Psichiatria si giustifica, sino a un certo punto, riflettendo anche come quelle affezioni locali possano alterare in più modi la funzione cerebrale per un meccanismo che in molti punti richiama quello delle auto-intossicazioni, se pur anco non si dovrebbe, in fin dei conti, assimilarglisi.

Così nei disturbi di circolazione la sostanza del cervello resta mal nutrita, assetata di sangue arterioso (direbbe Meynert), asfissiata dal venoso; non tanto le perdite vengono mal riparate, quanto son male asportati i prodotti tossici

---

(*a*) Veggasi intorno a tale argomento, il libro sulle MALATTIE PRIMITIVE DELLA NUTRIZIONE nel vol. I di questo *Trattato*, parte I, e specialmente i capitoli sulle discrasie acide, p. 288; sull'obesità, p. 323; sul diabete zuccherino, p. 364; sugli pseudo-diabeti, p. 438, e sulla gotta, p. 444.

(*b*) Cfr. ALT, Ueber das Entstehen von Neurosen und Psychosen auf d. Boden von chronischen Krankheiten; *Allg. Zeit. für Psych.*, 1895, LII, fasc. 1°.

del ricambio materiale. Nei disturbi respiratorii, o si ripetono per vizio del piccolo circolo questa stessa mancanza di nutrizione cerebrale e la incompleta distruzione di tossine, oppure vi è infezione specifica ed il virus microbico agisce per avvelenamento endogeno. Nei disturbi gastro-intestinali, e più ancora negli epatici e renali, sono evidenti i fenomeni di auto-intossicazione; anzi è qui che la dottrina del Bouchard trova le sue più salde fondamenta (*a*). Non abbiamo poi bisogno di ricordare la patogenesi di quelle vesanie che si svolgono in relazione con le malattie di certe ghiandole, ad es. della tiroide, e forse anco del timo. Finalmente, nei disturbi degli organi genitali noi possiamo supporre per molte ragioni che si abbia un processo non dissimile da quello che ha luogo nelle altre ghiandole; e questo ci viene suggerito, non solo dalle geniali intuizioni del Mantegazza il quale espresse pel primo il concetto che dalle ghiandole sessuali si secernessero sostanze particolari che poi immesse nel sangue darebbero impulso alle caratteristiche secondarie morfologiche e fisiologiche della sessualità (*b*), ma ci vien pure confermato dalle ulteriori e ben note indagini del Brown-Séquard sugli effetti del succo testicolare ed ovarico, generalizzati di poi negli ultimissimi tempi riguardo ai succhi di tutti i tessuti. Ora, senza pretendere di costrurre una dottrina patogenetica su di una semplice supposizione, perchè non potremmo pensare a quest'ora che certe neurosi e psicosi collegate alle funzioni od alle malattie dell'apparato riproduttivo dipendano dalla ritenzione, o dalla soverchia elaborazione, o anche dalla morbosa alterazione degli speciali prodotti secretivi versati in circolo dalle ghiandole e dagli organi sessuali? Vi è già chi espresse l'ipotesi che l'isterismo sia l'effetto di una specie di auto-intossicazione avente il suo punto di partenza nell'ovario; e all'ipotesi darebbero appoggio le conseguenze per lo più funeste della doppia castrazione, tanto alla leggiera praticata per alcuni anni dai ginecologi con l'intento fallace di curare (?) chirurgicamente la nevrosi. Generalizzando il concetto, noi ci spiegheremmo, forse, l'enorme influenza che la funzione sessuale esercita sullo stato normale e morboso della mente.

Varietà di forme delle psicosi tossiche. — Questa rapida rassegna mostra quali possano essere le relazioni di analogia, se non di affinità, fra le intossicazioni endogene e le esogene. Senza dubbio queste ultime, per la maniera della introduzione dei veleni nell'organismo e per la natura ben determinata del loro meccanismo d'azione, debbono formare un gruppo a parte nella nosografia; ma se si passa ad esaminarne i caratteri nei casi clinici, per quanto delicata e fina possa essere la nostra analisi semiologica, nello stato presente della scienza noi troviamo sempre le più strette simiglianze fra tutte le psicosi tossiche. Noi vediamo, ad esempio, questo fatto che quando le sostanze tossiche endogene od esogene agiscono per avvelenamento acuto e intenso, i disturbi psichici prendono generalmente l'aspetto della vesania confusionale, allucinatoria o stupida, della mania agitata caotica, del delirio acuto; quando, invece, la intossicazione è cronica e progressiva, si ha per lo più il quadro delle vesanie depressive o melancoliche, dei delirii paranoici e degli stati paranoioidi; e infine, se le lesioni anatomo-patologiche sono profonde e irri-

(*a*) Cfr. Klippel, De la folie hépatique; *Archives générales de Médecine*, 1892, II, p. 185.

(*b*) Il Mantegazza sperimentò, fino dal 1866, iniettando sperma sotto la pelle, e nelle cavità viscerali (veggasi la sua Memoria: Ricerche sullo sperma umano; *Ann. univ. Medicina*, 1866; e la sua critica all'Elezione sessuale del Darwin; *Arch. per l'Antropologia e la Etnol.*, I, 1871, pag. 321). Adunque il Brown-Séquard, molti anni dopo, non fece che copiare il nostro insigne patologo e antropologo, le cui ricerche per primi, gli Italiani, sempre eguali a sè stessi, hanno messo in obblio.

mediabili, si scorge il quadro delle cerebropatie con demenza e con disturbi di innervazione senso-motoria (pseudo-paralisi generali tossiche).

Adunque, le diverse intossicazioni non hanno una nosografia psicopatologica particolare: esse sono tutte, e sempre, varie di forma, e, pur restando medesima la causa, noi vediamo che ora la loro azione si rivela con una vesania confusionale, ora con un delirio più o meno sistematico, ora con una psicosi gravemente complicata a sintomi neuropatici, trofici, ecc. Vi dev'essere una ragione di queste varietà cliniche, e certamente non erriamo ascrivendola alle divergenze individuali di costituzione fisica, di tempra psichica, di struttura e funzionalità cerebrale: però non siamo ancora in grado di dire in che tale individualità consista. Il fatto che gli ereditarii presentano ordinariamente una minore tolleranza a tutti i veleni e a tutte le tossine (e lo provano nel cadere in delirio con piccole dosi di alcoolici, o dietro lievi malattie infettive) si è spiegato con una congenita gracilità dei loro elementi nervosi, i quali pertanto sarebbero dotati di minore resistenza contro gli agenti distruttori e perturbatori con cui verrebbero a contatto mediante il sangue. Altri ha evocate le varietà individuali di istogenesi degli stessi elementi (Flechsig): essa fu trovata incompleta e tardiva da varii osservatori nei soggetti macchiati da intensa labe gentilizia, sì da mantenersi per lungo tempo le forme cellulari embrionali (Arndt). Ad ogni modo, qui vaghiamo nel campo delle ipotesi, e la varietà delle forme cliniche di intossicazione non ci è chiarita più che lo sia la consimile divergenza individuale che osserviamo ogni giorno nelle vesanie primitive o idiopatiche svolgentisi per altre cause fisiche o anche per cause morali. L'intossicato coll'alcool ora cade in amenza stupida, o in delirio allucinatorio, ed ora diventa un paranoico geloso e perseguitato, alla stessa guisa che il soggetto esaurito per abusi sessuali o colpito da grave patema ora cade in melancolia semplice ed anche in mania, ed ora presenta il quadro della paranoia ipocondriaca.

Però questa varietà di forme (conviene dirlo) è più grande nelle psicosi da intossicazione endogena, che non in quelle da intossicazione esogena: per lo meno, sino al dì d'oggi le caratteristiche nosografiche delle prime sono meno definite. E a tale proposito dirò subito che poco definibili e a contorni sempre indecisi sono le forme delle psicosi infettive, malgrado la conosciuta specificità di alcune infezioni. Le tossine microbiche agiscono potentemente sui nervi periferici, sul midollo, sul bulbo, sul cervello, provocando affezioni nervose e disturbi cerebro-psichici: ecco quello che indubbiamente sappiamo. Ma toltone il *delirium acutum*, di cui si è parlato in capitolo a parte e che, del resto, sembra dovuto ad uno speciale microrganismo, le altre psicosi da invasione parassitaria, *dato che esistano*, non hanno fisionomia speciale. Quasi sempre (se si eccettua la rabbia) si ha nelle malattie infettive acute il quadro della semplice e scolorita confusione mentale (*a*).

E meno ancora, salvo eccezioni facilmente e brevemente enumerabili, hanno caratteri peculiari le psicosi che derivano o si suppongono derivate

---

(*a*) Ecco i punti principali del *Trattato di Medicina* che si riferiscono ai disturbi neuro-psichici indotti dalle diverse MALATTIE INFETTIVE: Generalità circa all'azione delle secrezioni microbiche sul sistema nervoso, vol I, parte 1ª, p. 81; segni delle localizzazioni infettive sullo stesso sistema, ivi p. 101; loro anatomia patologica, ivi, p. 122; Rabbia, vol. I, parte 2ª, p. 73; Febbre tifoide, ivi, p. 225 e 241; Grippe ed influenza, ivi, p. 317-322 (con una aggiunta del prof. SILVA, importante per la questione che ci occupa); Paludismo, malaria, ivi, p. 387-404; Tifo esantematico, vol. II, p. 18; Vaiuolo, ivi, p. 157; Orecchioni, ivi, p. 157; Erisipela, ivi, p. 241; Sifilide, ereditaria precoce, ivi, p. 292; Sifilide del sistema nervoso, vol. VI, parte 1ª e 2ª, *passim*; Reumatismo cerebrale, vol. V, parte 2ª, p. 25.

dalle malattie comuni dei grandi apparecchi e sistemi della vita vegetativa e riproduttiva. Le eccezioni, cui accennavo or ora, furono già da me ricordate in questa aggiunta; esse sono date da certe malattie delle ghiandole ematopoietiche (idiotismo missedematoso, cretinismo, morbo di Basedow). Tutte le altre forme " simpatiche „ di vesania non si distinguono bene dalle " idiopatiche „ se non per l'etiologia (*a*). Nel maggior numero dei casi, dice un alienista francese non sospetto, l'ufficio delle lontane lesioni organiche nella genesi della pazzia non è esclusivo e non influisce sulla *forma*, nè sul *decorso*, nè sulla *prognosi*, e neppure sulla *cura* di queste alienazioni mentali. Così le pretese follie genitali, cardiache, renali, uterine, ecc. non hanno assolutamente alcun che di specifico, nè vi è ragione per chiamarle simpatiche (*b*).

La causa vera di tali psicosi risiede ordinariamente nell'eredità, che predispone certi individui ad alterazioni cerebrali non appena diminuisce la loro energia di resistenza fisica; d'altra parte, tolta la lesione organica, ove ciò sia possibile, si vede spesso che il disturbo neuro-psichico perdura, il che mostra quanto lasso fosse il legame che lo avvinceva alla sua pretesa " causa efficiente „. Vi può essere anche una semplice e fortuita concomitanza delle due affezioni. Tuttavia, sarebbe assurdo negare che l'esistenza di una malattia fisica non sia frequentemente causa di pazzia; il rapporto etiologico c'è, ma non quale supponeva la scuola somatica tedesca in sulla prima metà del secolo presente. Ad ogni modo, tale rapporto non imprime caratteristiche sì spiccate alla malattia mentale, che si debba designarla in conformità dell'affezione di cui sarebbe un effetto.

Restano le intossicazioni vere e proprie, cioè gli inquinamenti del sistema nervoso per opera di sostanze venefiche provenienti dal di fuori dell'organismo. Le psicosi esogene di questo gruppo hanno indubitabilmente una fisionomia più precisa, tanto nel loro insieme, quanto se considerate singolarmente.

Vi è, anzi tutto, la frequentissima concomitanza di disturbi sensorii e motorii, che stanno a rivelarci un'azione chimica dissolutrice di queste sostanze sugli elementi del sistema nervoso. Vi è poi fra i delirii così detti " tossici „ una innegabile aria di famiglia; essi si distinguono per la presenza quasi costante delle illusioni sensoriali e delle allucinazioni più svariate. Nella sfera affettiva l'intossicazione, qualunque essa siasi, induce sintomi molto affini: tutte le psicosi tossiche sono, per loro indole, essenzialmente degenerative, poichè ottundono l'affettività, affievoliscono il potere volitivo, pervertiscono il carattere. Nello stesso tempo ogni psicosi tossica, la si esamini anche nelle sue prime fasi, offre segni di indebolimento mentale; la memoria degli intossicati diminuisce ben presto, sia nella facoltà ritenitiva, sia nella evocativa; l'intelligenza si deteriora, e l'esito più comune e costante è il progresso continuo ed irrimediabile della demenza.

Quanto ai caratteri speciali delle singole psicosi tossiche, esse non sono troppo facili a definire; converrebbe passare in minuta rassegna la sintomatologia psichica di ogni intossicazione, e questo non è nè può essere negli intenti di un'opera generale di medicina. Se ne troverà l'esposizione nei Trattati

---

(*a*) Sui disordini neuro-psichici che si verificano nelle Malattie dei diversi apparecchi, vegggansi le varie parti di questo *Trattato*: per le Malattie dell'Apparato digerente, vol. III, parte 1ª e 2ª; per quelle dell'Apparato respiratorio, vol. IV; del Circolatorio, vol. V, parte 1ª; dell'Uro-secretore, ivi, parte 2ª. Richiamo l'attenzione del lettore specialmente sui capitoli concernenti le affezioni croniche dello stomaco, del fegato, del polmone e del rene; in più punti vi si troverà menzionato quanto può interessare il medico nelle evenienze più comuni ed importanti della pratica.

(*b*) Cfr. Cullerre, Traité prat. des maladies mentales, Paris 1890, pp. 145-46.

speciali di psichiatria. Del resto, in altre parti del presente *Trattato* vennero ricordate le nozioni più sicure e più importanti per la pratica intorno a questo argomento (*a*). A me non rimane altro còmpito se non di porgere un prospetto (veggasi a pag. 178), il quale ricordi e opportunamente raggruppi le diverse psicosi tossiche che hanno fino al dì d'oggi ricevuta una designazione speciale e che occupano una posizione determinata nella nosografia psichiatrica. Si troveranno più oltre aggiunte brevi notizie sulle psicosi alcooliche in Italia, ed alcuni paragrafi sulla morfiomania e morfio-cocainomania.

Reputo inutile dire i motivi che mi inducono a ritornare alla distinzione del Morel fra intossicazioni alimentari, industriali, farmaceutiche, ecc. (*b*). Non solo i diversi gruppi si caratterizzano per le origini e modalità dell'avvelenamento, ma offrono pur anco innegabili affinità nella sintomatologia, nel decorso, nella prognosi e cura. Questa affinità dipende dall'analogia delle azioni esercitate sul sistema nervoso dalle sostanze tossiche appartenenti a ciascun gruppo, per esempio dai così detti " *alimenti nervosi* „ cui si chiede dapprima uno stato di eccitazione od ebbrezza, per risentirne in seguito le tristi conseguenze in esaurimento, torpore, paralisi, ecc.; dai *farmaci*, dei quali si fa sempre più abuso volontario od involontario per ottenerne generalmente anestesia, analgesia e sonno; dai *veleni* o *virus alimentari*, cui gli effetti spasmodici sui centri nervosi, massime spinali, dànno un aspetto tanto caratteristico; infine, dai *metalli* e altri corpi anorganici, cui pure la frequentissima localizzazione sui nervi periferici imparte una fisionomia speciale.

Naturalmente ho citate soltanto le forme principali, le tipiche, che si osservano nella pratica comune. Il primo gruppo sarebbe ben più numeroso, se si volesse citare tutto l'elenco delle sostanze cui l'uomo ha ricorso in ogni tempo e sotto ogni clima per inebbriarsi o per assopire il proprio sistema nervoso (*c*). Questo gruppo, poichè comprende le psicosi alcooliche, è in aumento dappertutto: vi sono paesi giustamente allarmati dall'estendersi di una piaga che i governi non combattono abbastanza e, meglio, inciprigniscono col pretesto di cavarne risorse finanziarie. Anche il secondo gruppo, delle psicosi da farmaci, va aumentandosi continuamente con le nuove scoperte chimiche stante l'abitudine invalsa nella terapia clinica di adottare e di diffondere fra il

---

(*a*) Veggasi nel vol. II di quest'Opera il libro delle Intossicazioni di H. Richardière. Eccone le referenze principali: Saturnismo cronico, p. 638; Idrargirismo, p. 687; Alcoolismo, p. 689; Morfinismo, p. 698 (con richiamo al presente libro sulla Psicosi, rimasto però, come dissi, inadempiuto); Cocainismo, p. 707; Tabagismo, p. 712; Carbossiemia, p. 719 (vi sono riportate dal Silva in aggiunta le ricerche fatte dal dott. G. Musso nella mia Clinica); Solfuro di carbonio, p. 722; Maidismo o pellagra, buona appendice del dott. A. Pieraccini, p. 741; Latirismo, Temulentismo, ecc. in un'appendice di Silva, p. 774. Si troveranno, inoltre, trattate le più tipiche cerebropatie, mielopatie e neuriti tossiche in varii capitoli del volume VI, per esempio quelle da Ergotismo, Latirismo, Pellagra, fra le Affezioni del midollo spinale da infezione del P. Marie (parte 1ª di questa trad. ital.); quelle da Saturnismo, Mercurialismo, Arsenicismo ed altre intossicazioni minerali, nella diffusa monografia sulle Neuriti del Babinski (parte 2ª). Quest'ultimo collaboratore del *Trattato* ha pure discorso dell'Alcoolismo, e, quel che più importa pel caso nostro, della psicosi polineuritica descritta da Korsakoff e Colella.

(*b*) Il Kellogg (The toxic origin of Insanity; *Journ. of nerv. a. ment. Disease*, ottobre 1892) ha invece questa divisione: 1° *minerali* (piombo, mercurio, arsenico, cloralio, bromo, jodo, paraldeide); 2° *vegetali* (oppio, belladonna, canape ind., tabacco, segala); 3° *alcool e gas venefici* (etere, cloroformio, ossido di carbonio); 4° *febbri infettive;* 5° *auto-intossicazioni.* I raggruppamenti mi sembrano assai più artificiali dei miei.

(*c*) Veggasi l'opera del Mantegazza P., Quadri della natura umana — Feste ed ebbrezze. Milano, Brigola, 1872, in due volumi. — Il tabacco ed il caffè in rapporto alla pazzia furono fin qui pochissimo studiati: indico intanto un curioso lavoro del Venturi S., Uso del tabacco presso gli alienati, *Manicomio moderno*, 1883; e i due seguenti: Bremer, Tobaco, insanity and nervousness, St-Louis, 1892; Gilles de la Tourette, Le caféisme, *Societé méd. des Hôpitaux*, giugno 1895.

numeroso stuolo dei " nervosi „ e " nevrastenici „ (il più spesso degenerati sotto l'aspetto psichico) ogni nuovo preparato analgesico, ipnotico e nervino. Per ventura queste intossicazioni rappresentano un fenomeno sociale transitorio, che dura quel po' di tempo che dura la voga del nuovo rimedio (esempio il jodoformismo, oramai reso rarissimo dalla prudenza dei chirurghi). All'opposto, sembrano ovunque in diminuzione, e più lo saranno col progredire della polizia sanitaria ed igiene pubblica, le encefalopatie industriali, il cui tipo è rappresentato specialmente dalle saturnine.

In Italia, pertanto, è il gruppo delle intossicazioni alimentari quello che dà il numero maggiore e le forme più svariate e gravi di psicosi. Alludo in primo luogo al maidismo, causa oramai sicura della pellagra; ma non dimentico che se l'ergotismo è tanto raro in casa nostra quanto spesseggia nei paesi nordici dove si coltiva e mangia la segala, abbiamo poi il curioso privilegio del latirismo. Per fortuna esso è limitato a pochi casi, in una zona anche ristretta, e non ha le terribili influenze degeneratrici sulla popolazione, nè le disastrose conseguenze economico-sociali che purtroppo ci dispensa largamente la pellagra. È questa un pericolo per la nostra razza, un obbrobrio per la nazione. Vi sono regioni italiane dove gli alienati per intossicazione alimentare maidica formano *più del terzo* di tutti quelli esistenti nei manicomii (*a*), e quanto al Regno vi sono anni in cui la " frenosi pellagrosa „ raggiunge il 10 °/₀ di tutte le forme di pazzia per le quali è chiesto il ricovero (*b*). Come magro compenso a tanta jattura, dobbiamo rilevare che sono assai rare in Italia le psicosi tossiche industriali (ci augureremmo di vederle aumentate di fronte a quelle alimentari!), e che ancora poco frequenti, se si pensa agli altri paesi civili, sono fra noi le più tipiche fra le psicosi del secondo gruppo, vale a dire il morfinismo ed il cocainismo. Tutti gli avvelenamenti farmacologici costituiscono fra noi vere rarità, quando se ne eccettui il bromismo. E da ultimo, l'eterismo, che per uno strano pervertimento del gusto sembra in via di propagazione continua fra i popoli di stirpe Anglo-sassone, non è per anco penetrato fra le nostre abitudini, se non per eccezione rarissima offertaci da qualche persona raffinata o corrotta.

(*a*) Ecco le proporzioni dei pazzi pellagrosi sul °/₀ dei ricoverati nei Manicomii alla fine del 1880:

Compartimenti più infetti	Veneto	34,92	Compartimenti meno infetti	Marche	4,55
	Umbria	18,83		Piemonte	3,64
	Lombardia	15,40		Toscana	1,51
	Emilia	11 04		Lazio	0,51
				Liguria	0,27

Negli altri Compartimenti del Regno non si segnalarono, allora, casi di pellagra: ma negli ultimi anni questa si è diffusa, o fu scoperta, anche nel mezzogiorno (Venturi, Roscioli, ecc.). Debbo però dire che in quasi sei anni di esercizio psichiatrico e neurologico in Liguria io non ne ho osservato che un solo caso; essendo, si intende, i pellagrosi di passaggio abbastanza numerosi fra gli emigranti dell'Alta Italia che vengono ad imbarcarsi nel porto di Genova e forniscono sempre un ricco contingente di pazzi alla mia Clinica.

(*b*) Per alcuni anni, cioè dal 1880 al 1888, parve che le psicosi maidiche andassero diminuendo fino ad aver raggiunta, per così dire, una cifra media di saturazione; ma l'ultimo censimento del 1891 ha tolta questa illusione. La pellagra è di nuovo in aumento; ed ecco quanti sono stati i pazzi pellagrosi ricoverati nei Manicomii italiani:

	U.	D.	T.	Su °/₀ ricoverati
Al 31 dicembre 1877	578	770	1348	8.9
» » 1880	680	1062	1742	10.0
» » 1883	745	1001	1746	8.9
» » 1888	720	1021	1741	7.7
» » 1891	882	1066	1948	8.3

Classificazione delle Encefalopatie tossiche con psicosi.

Sez. I. — Intossicazioni per abuso di alimenti nervosi:

1. *Alcoolismo cronico* . .
   - *a.* Degenerazione psichica e demenza terminale dei bevitori;
   - *b.* Acutizzazione delirante (*Delirium tremens*);
   - *c.* Psicosi alcooliche pr. dette
     - α. Mania, melancolia, ecc.;
     - β. Paranoia (gelosa, persecutoria);
     - γ. Dipsomania acquisita;
   - *d.* Pseudo-paralisi generale alcoolica;
   - *e.* Psicosi polineuritica alcoolica (Korsakoff).
2. *Tabagismo cronico* (Indebolimento psichico dei fumatori);
3. *Caffeismo, Teismo*, ecc. (Stato neuro-psichico da abuso di caffè, thè, mate, ecc.);
4. *Oppiofagismo* (Delirio sensoriale, Oppiomania, Demenza terminale dei mangiatori, bevitori e fumatori di oppio);
5. *Cannabismo* (Avvelenamento cronico dei mangiatori e fumatori di *Cannabis indica* o *haschish*);
6. *Muscarinismo* (Avvelenamento cronico dei mangiatori di *Amanita muscaria*)... ecc. ecc.

Sez. II. — Intossicazioni per abuso od azione eccessiva di dati farmaci:

1. *Morfinismo*
   - *a.* Stato di soddisfazione (Morfinomania, morfinismo p. d.);
   - *b.* Stato di astinenza (Mania dei morfinisti, amorfiomania).
2. *Cocainismo*
   - *a.* Intossicazione abituale per cocaina;
   - *b.* Morfio-cocainismo e morfio-cocainomania.
3. *Eterismo*, e forme consimili (Eteromania dei bevitori di etere; intossicazione, specialmente acuta, per bromuro di etile, pental, bromoformio, ecc.);
4. *Cloralismo* e forme affini (Indebolimento psichico per abuso prolungato di cloralio; intossicazione acuta o cronica per cloralosio, somnale, cloralamide, ecc. o per paraldeide, ecc.);
5. *Sulfonalismo* e forme affini (Intossicazione, specialm. cronica, per sulfonale, ipnone, ecc.);
6. *Antipirinismo*, e forme analoghe (Intossicazione acuta e cronica per antipirina, antifebbrina, bleu di metilene, ecc.);
7. *Bromismo* (Indebolimento mentale consecutivo ad uso prolungato di bromuri);
8. *Jodoformismo* (Intossicazione, per lo più acuta, da jodoformio)... ecc.

Sez. III. — Intossicazioni per alimenti alteratisi o venefici:

1. *Maidismo* (pellagra) . . . . .
   - *a.* Depressione psichica dei pellagrosi, Demenza;
   - *b.* Pseudo-paralisi generale maidica;
   - *c.* Acutizzazione del maidismo (tifo pellagroso?);
   - *d.* Psicosi pellagrose pr. dette.
     - α. Melancolia;
     - β. Amenza;
     - γ. Paranoia (?).
2. *Ergotismo* (segala cornuta)
   - *a.* Delirio sensoriale da intossicazione acuta;
   - *b.* Cronico, con fenomeni spinali spastici.
3. *Latirismo* (cicerchia) (Intossicazione per semi di *Lathyrus*);
4. *Temulentismo* (loglio) (Intossicazione per grani di *Lolium temulentum*)... ecc.

Sez. IV. Intossicazioni per influenza di date industrie:

1. *Saturnismo* (piombo) . . . .
   - *a.* Encefalopatia saturnina delirante;
   - *b.* » » convulsiva;
   - *c.* Pseudo-paralisi generale saturnina, polineurite, ecc.
2. *Idrargirismo* (mercurio). . .
   - *a.* Encefalopatia mercuriale con demenza;
   - *b.* Eretismo, isterismo mercuriale;
   - *c.* Pseudo-paralisi generale, polineurite, ecc.
3. *Anossiemia carbonica* (*ossido di carbonio e simili*) . . . .
   - *a.* Conseguenze psichiche dell'avvelenamento acuto;
   - *b.* Pseudo-paralisi generale da avvelenamento cronico.
4. *Solfuro di carbonio* (Intossicazione cronica, quasi sempre accompagnata da fenomeni di indebolimento mentale);
5. *Nicotinismo* (?Intossicazione degli operai ed operaie nelle fabbriche di tabacco).

A. Pazzia alcoolica.

L'alcoolismo non è molto diffuso in Italia in confronto degli altri Stati civili, e ciò per la legge, in più modi confermata, che i paesi produttori di vino, come sono in genere i meridionali d'Europa, figurano sempre in un ordine inferiore nella scala del consumo assoluto e proporzionale degli alcoolici. Però se non ha raggiunta la gravità che si rivela altrove, ad esempio in Svezia, Inghilterra, America del Nord, Francia, Germania, Russia, la piaga dell'alcoolismo non è neppure in Italia un fatto sociale e morboso da trascurare. Essa, intanto, è in continuo aumento, sia che ciò si desuma dall'accresciuto consumo delle bevande alcooliche, e soprattutto degli spiritosi e della birra, sia che si guardi al numero crescente delle morti per alcoolismo cronico e delle frenosi alcooliche per le quali è chiesto il ricovero nei manicomii.

Valendoci dei dati raccolti in varii tempi dalla Direzione generale di Statistica del Regno, da Fazio, Raseri, Tancredi Canonico, A. Verga, Colajanni, Rossi, e coordinati dallo Zerboglio nella sua bella monografia (*a*), risulta che in Italia: 1° il consumo degli spiritosi, compresa la birra, raggiunge il suo massimo in Liguria, Lombardia e Veneto, per discendere al minimo nel Napoletano e in Sardegna; pel consumo del vino eccellono, invece, Roma e l'Umbria, la Sardegna e il Piemonte; 2° il numero dei suicidii dovuti all'alcoolismo ed agli stravizi è fra noi molto minore che altrove, non raggiungendo il 15-20 °/₀₀ di tutte le morti per suicidio; 3° le morti accidentali per ubbriachezza sono scarse in tutto il Regno, eccetto che in Liguria (58 sul milione) e nel Veneto (23 sul milione); 4° gli alcoolismi di ogni specie, acuti o cronici, rappresentano appena il 32,6 su 10,000 delle malattie curate negli ospedali civili, col loro massimo sempre nel Veneto, poi nelle Marche, Liguria, Lombardia e Toscana; 5° le morti indotte dall'alcoolismo cronico costituiscono in media nel totale del Regno il 14,5 su 10,000 morti in genere, coi massimi nelle Marche (34,6 $^0/_{000}$), nel Veneto e Lombardia (29 $^0/_{000}$), in Liguria (26 $^0/_{000}$), e coi minimi nel Napoletano e in Sicilia; 6° le regioni montagnose apparirebbero di preferenza favorevoli all'intemperanza; 7° non forte è la cifra degli individui raccolti per le vie delle nostre città in istato d'ubbriachezza: ma questo fatto dipende da un'imperfetta applicazione del Codice penale (*b*); 8° le donne italiane si ubbriacano assai meno delle nordiche: anche in un grande centro operaio come Milano l'ubbriachezza offre il debole rapporto di 5 donne contro 95 uomini; 9° l'abuso delle bevande alcooliche si commette soprattutto nella stagione invernale (novembre-febbraio), diminuisce già in primavera, scende al minimo nella stagione calda (maggio-agosto) e comincia a risalire nell'autunno; 10° le professioni maschili più dedite agli alcoolici sono anzitutto i facchini e gli osti e trattori, poi i calderai, i macellai, i vetturali, nonchè gli scrivani; fra le femmine spesseggiano le operaie e le serve; 11° l'età in cui l'alcoolismo è più frequente cade in generale nei maschi oltre al quarantesimo anno, con un curioso cre-

(*a*) Le citazioni italiane si trovano riunite nella *Bibliografia* in fine dell'articolo.

(*b*) L'art. 488 del C. P. prescrive: " Chiunque, in luogo pubblico, è colto in istato manifesto di ubbriachezza molesta o ripugnante, è punito con l'ammenda sino a lire 30. Se il fatto sia abituale, la pena è dell'arresto sino ad un mese; e il giudice può ordinare che l'arresto sia scontato in uno dei modi preveduti nell'art. 22 „ (cioè in una Casa di lavoro o con prestazione di opera). Ma chi ha mai visto applicato codesto articolo?

scendo al di là dei 60 nell'uomo (*a*): nella donna parrebbe, a giudicarne dalle cifre del Verga, che la tendenza al bere sia più precoce cadendo fra i 30 e i 50 anni, il che può forse spiegarsi per il nesso fra il vizio alcoolico e la prostituzione; 12° l'alcoolismo non esercita una grande influenza sulla criminalità: esso non sarebbe causa di delitti se non in debole proporzione, oscillante fra l'1,68 % e il 4,25 %, almeno per quanto ci dicono le statistiche penali del periodo 1880-1886 (*b*); ad ogni modo, sono specialmente i reati di sangue e in secondaria linea quelli di libidine che si collegano con un vincolo etiologico diretto all'abuso delle bevande: il rapporto di queste con le altre figure criminose (furto, truffa, ecc.) è solo di concomitanza, e si spiega con la depravazione generale dei delinquenti.

Venendo ora ai rapporti fra l'alcoolismo e le malattie mentali, dò prima in un prospetto le cifre dei pazzi affetti da " frenosi alcoolica ", secondo la classificazione del Verga, ricoverati nei Manicomii del Regno alla fine di varii anni, dal 1874 al 1891:

Numero delle Frenosi alcooliche accolte nei Manicomii d'Italia secondo le statistiche inviate dai loro Direttori (*c*).

ANNO	Pazzi in genere			Frenosi alcoolica			Percentuale delle frenosi alcooliche sui pazzi in genere		
	U.	D.	T.	U.	D.	T.	U.	D.	T.
1874	6,245	5,501	11,746	188	19	207	3.01	0.34	1.81
1877	8,010	7,163	15,173	314	45	359	3.92	0.62	2.30
1880	9,000	8,471	17,471	398	48	456	4.42	0.56	2.55
1883	10,121	9,327	19,448	533	49	582	5.26	0.52	2.98
1886	10,372	9,713	20,085	524	34	558	5.05	0.34	2.77
1888	11,895	10,529	22,424	661	62	723	5.55	0.58	3.22
1891	12,545	11,009	23,554	706	65	771	5.70	0.59	3.28

Le cifre rivelano non tanto un aumento assoluto delle frenosi alcooliche, che sarebbe spiegabile con quello di tutti gli alienati reclusi in genere, quanto un aumento percentuale (*d*). Codesto ultimo aumento si ragguaglia per le frenosi alcooliche durante il periodo 1874-1891 al 372 : 100, mentre per le pazzie in genere è solo del 200 : 100; dunque le prime sono quasi *quadruplicate*, laddove tutte insieme le altre si sono appena *raddoppiate*. Ma le cifre non ci dànno però tutta intera la prova dell'influenza dell'alcoolismo sulle malattie mentali; esse riguardano solo le forme di alcoolismo cronico con disturbi psichici, e dimen-

(*a*) Questo dato statistico contraddice il preteso " climaterio " dei bevitori inveterati, che il Mason dice avere osservato costantemente verso il 50° anno (*Quart. Journ. of Inebriety*, 1893).

(*b*) Il dottor Napoleone Colajanni (L'alcoolismo, cit. in *Bibliografia*), ha voluto dimostrare la lieve azione criminogena dell'alcool, per far ricadere tutta la colpa della criminalità sul fattore economico. Ma trascinato dai suoi ideali sociologici egli è caduto nell'esagerazione, come già gli rilevava V. Rossi.

(*c*) Nel prospetto dello Zerboglio (opera citata, pag. 35) sono sbagliate tutte le proporzioni percentuali per spostamento di colonna.

(*d*) Solo l'anno 1886 fa eccezione, ma si tratta di un decremento transitorio, dovuto forse alle molte vicende economiche di quegli anni, le quali diminuirono ovunque l'uso degli alcoolici.

ticano probabilmente un buon numero di casi di altre vesanie e cerebropsicosi in cui l'alcool ha avuto l'ufficio di agente provocatore. Non è dubbio che molte frenosi paralitiche, inscritte nei quadri dei manicomii sotto il titolo corrispondente, saranno state d'origine alcoolica (pseudo-paralisi generale), come lo saranno certe manìe e demenze primitive, o come talune forme di epilessia tardiva. Ma qui dobbiamo accettare le cifre grezze, supponendo che pel gran numero dei casi siano elise e bilanciate le solite incongruenze e fallacie di tutte le statistiche nosologiche affidate a medici diversi e compilate, pertanto, con diverso criterio diagnostico. È notorio che vi sono alienisti che esagerano la influenza dell'alcool, mentre altri ne attenuano soverchiamente i rapporti etiologici con la pazzia.

Questo difetto inerente a tal sorta di notizie potrà, forse, impedirci di conoscere esattamente la reale distribuzione geografica della pazzia per alcoolismo in Italia; ad ogni modo, ecco in un secondo prospetto le cifre concernenti i ricoverati per frenosi alcoolica nei manicomii delle diverse regioni del Regno.

Distribuzione geografica della Pazzia alcoolica in Italia ricavata dalle statistiche dei Manicomii.

REGIONI	Numero dei Manicomii	Al 31 dicembre 1877				Al 31 dicembre 1891			
		Numero assoluto		Percentuale su tutti i ricoverati		Numero assoluto		Percentuale su tutti i ricoverati	
		U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.
Piemonte	8	52	3	5.03	0.35	64	10	4.70	0.08
Liguria	4	34	4	10.52	1.41	86	11	14.10	1.74
Lombardia	15	71	11	5.18	0.81	152	9	6.59	0.43
Veneto	19	49	10	6.72	1.04	69	11	5.28	0.63
Emilia	6	41	5	3.51	0.45	110	8	6.43	0.53
Umbria e Marche .	6	21	4	3.70	1.20	47	6	4.90	0.78
Toscana	5	14	1	1.47	0.09	49	1	3.52	0.07
Roma	1	19	7	4.91	2.13	87	8	11.61	1.60
Napoletano	6	5	—	0.53	—	29	—	2.31	—
Sicilia	2	3	—	0.82	—	8	—	0.97	—
Sardegna	1	5	—	6.41	—	5	1	4.28	1.44
Regno	73	314	45	3.92	0.12	706	65	5.70	0.59

Si vede che le regioni le quali pagano alla frenosi alcoolica il più forte tributo sono, in genere, quelle in cui è più grave l'abuso del bere, cioè la Liguria, che da molti anni sta in testa alla scala, poi il Lazio, la Lombardia, il Veneto e la Sardegna. Notevole è, anzi, in Roma l'enorme progresso dell'alcoolismo dal 1874 ad oggi, sebbene vi sembri diminuire la quota femminile: ma anche il Napoletano accenna negli ultimi anni a volersi sempre più accostare alla media del Regno.

Quali forme psicopatiche riveste, di preferenza, in Italia l'alcoolismo? Non possiamo dirlo: le statistiche sono mute intorno a ciò, poichè la designazione di “ frenosi alcoolica „, qualunque sia il modo con cui viene applicata dagli egregi alienisti che compilano i censimenti annuali dei nostri asili, può comprendere tanto i più lievi e fugaci fenomeni di ebbrezza del dipsomaniaco

ereditario o dell'alcoolista inveterato, quanto le più gravi e durature forme di cerebropatia tossica con esito in paralisi.

L'alcool esercita sul sistema nervoso un'azione diffusa generale, e ne può ledere alla lunga organicamente tutte le parti, o separatamente o insieme, i nervi periferici e i centri, soprattutto il midollo, come anche può dar luogo a disturbi puramente " funzionali ". In un buon numero dei casi l'alcoolismo cronico si arresta alla forma semplice della neurastenia alcoolica, in altri produce affezioni anatomiche; ma sotto l'aspetto sintomatico la " neurosi alcoolica " (*a*) offre sempre fenomeni di irritazione e fenomeni di paralisi. Fra i primi citiamo il tremore; l'aumentata eccitabilità muscolare; i crampi, di cui numerosi gruppi muscolari possono essere sede; la esagerazione dei riflessi; le parestesie e i dolori; l'aumento della sensibilità alla pressione nei muscoli, nei nervi e nelle ossa. Fra i secondi sono notevoli la debolezza e la paralisi muscolare con diminuita contrattilità faradica e conservata eccitabilità galvanica dei muscoli e nervi, la diminuzione dei riflessi, le alterazioni di sensibilità. Ora, dove termina qui il disturbo funzionale e dove comincia l'organico? La atassia ben nota dei bevitori è un fenomeno fisico da porre in rapporto con una lesione dei fasci spinali di conduzione, e fors'anco sono d'origine centrale i disturbi vasomotorii, trofici e secretorii tanto frequenti nell'alcoolismo. Questo, com'è noto, produce frequentissime lesioni dei nervi spinali (neurite), ma non gli manca il corredo di consimili lesioni nei nervi cerebrali. Insomma, dalla neurastenia si passa gradatamente, per forme miste o spurie, alla pseudotabe da polineurite, alla paraplegia di sede spinale, e infine alla pseudoparalisi generale alcoolica di sede assai più diffusa, e spinale e cerebrale.

Rispetto ai centri cerebrali, quando si considera l'intossicazione alcoolica nel suo insieme, ci si trova, come or ora dicemmo, tra due poli estremi: fra gli accidenti transitorii dell'ebbrezza e i disordini profondi, permanenti, irrimediabili dell'alcoolismo cronico. Quest'ultimo è in generale di lunga durata, fondamentalmente unico per rispetto alla causa, al decorso, all'esito, ma sintomaticamente vario nei diversi soggetti, anzi variabile nello stesso individuo da un momento all'altro. Notevole in particolar modo è la varietà del delirio alcoolico (*b*). Certe volte esso è cronico, ad evoluzione lenta e progressiva, assumendo perfino i caratteri della paranoia sistematica (il che, però, è assai raro e deve trovare le sue ragioni in un fondo ereditario); altre volte si presenta in forma episodica, con fenomeni subacuti d'irritazione dei centri corticali, e quindi con crisi allucinatorie confusionali fugaci, e con attacchi di mania che guariscono prontamente solo che l'infermo resti sobrio per qualche tempo.

In certi bevitori i sintomi fisici (tremore, disturbi digestivi, alterazioni dei riflessi, ecc.) si accompagnano, si svolgono e si aggravano coi sintomi psichici; in altri, per contro, permangono a lungo isolati questi ultimi, anche quando i primi siano dileguati con l'astinenza. In tal caso l'alcoolista rimane un delirante o un allucinato cronico, che s'incamminerà lentamente, ma fatalmente, alla demenza, senza più presentare i segni somatici dell'antica intossicazione. Poichè, è bene notarlo, l'esito della psicosi alcoolica è sempre quello dell'indebolimento irrimediabile dei poteri mentali; e l'alcoolista vi arriva in due modi: o pel progresso continuo e fatale, ora accennato, del deteriora-

---

(*a*) Veggasi l'art. " ALCOOLISMO " nel volume II di questo Trattato. — Cfr. fra i lavori recenti quello di HERZ, Ueber Alkoholneurose, in *Deutsches Archiv für klin. Medicin*, 1894, Bd. LIII.

(*b*) Cfr. MAGNAN V., Recherches sur les centres nerveux (Alcoolisme. Folie des héréditaires, etc.). Parigi 1893, pag. 47.

mento psichico, che tien dietro a tutte le psicosi non guarite; o perchè l'alcool ha provocato lesioni anatomiche gravi dei centri encefalo-spinali e delle loro meningi, con esito in alcoolismo cronico paralisiforme o in pseudo-paralisi generale.

Non volendo nè potendo per ragioni di spazio dar qui una descrizione anche sommaria delle diverse forme assunte dall'alcoolismo cronico del sistema nervoso, ne porgo uno schema di classificazione che mi sembra comprendere tutte le possibili eventualità di questa intossicazione cerebrale.

Forme principali assunte dalla cerebro-psicosi alcoolica.

- A. ALCOOLISMO EREDITARIO
  - I. Degenerazione fisica e mentale degli eredo-alcoolisti.
  - II. Dipsomania (impulso irresistibile al bere dei degenerati, e soprattutto dei figli e discendenti di bevitori).
- B. ALCOOLISMO ACQUISITO
  - I. Acuto e acutizzato
    1. Ebbrezza alcoolica semplice.
    2. Ebbrezza patologica
       - *a*) Delirio sensoriale acutissimo;
       - *b*) Impulsività criminosa (erotica, ecc.);
       - *c*) Furore alcoolico (*Ebrietas furiosa*).
    3. Mania transitoria (alcoolica).
    4. Delirium tremens
       - *a*) Forma febbrile, grave;
       - *b*) Forma apiretica, benigna.
    5. Alcoolofilia parossistica (dipsomania spuria dei bevitori inveterati).
  - II. Subcronico e cronico
    6. Depravazione (degenerazione mentale) degli alcoolisti.
    7. Psicosi alcoolica pr. detta
       - *a*) Mania alcoolica;
       - *b*) Melanconia alcoolica;
       - *c*) Amenza alcoolica
         - α. Forma stupida;
         - β. Forma confusionale (« Paranoia acuta allucinatoria » dei Tedeschi);
       - *d*) Paranoia persecutoria;
       - *e*) Paranoia gelosa-persecutrice (frequentissima);
       - *f*) Paranoia sistematica tardiva persecutorio-megalomaniaca (assai rara).
    8. Epilessia alcoolica.
    9. Alcoolismo paralisiforme
       - *a*) Sub cronico, lieve, guaribile;
       - *b*) Cronico, progr., grave (« Pseudo-paralisi generale alcoolica »).
    10. Pseudotabe con disturbi psichici (« Psicosi polineuritica »).
    11. Demenza terminale
        - *a*) Del bevitore inveterato;
        - *b*) Delle psicosi alcooliche.

Bibliografia. — La letteratura italiana sull'alcoolismo in genere, e sulla frenosi alcoolica in ispecie, è scarsissima. Ecco alcune indicazioni che potranno riuscire utili al lettore: MANTEGAZZA P., Nota sulla dipsomania; *Ann. univ. Med.* (1868?), e: Quadri della Natura umana, Milano 1872, in due volumi. — CASTOLDI E., Alcoolismo acuto; *Ann. univ. Med.*, 1871. — TOMMASI S., Art. " Alcoolismo „, in *Encicl. med. ital.* F. Vallardi, s. d. 1874? — FAZIO E., L'ubbriachezza e le sue forme, Napoli 1876 (lavoro pregevolissimo, il più diffuso apparso finora in Italia). — RONCHI e SALVIOLI GAETANO, Studio critico-sperim. intorno all'azione fisiologica dell'alcool; Tesi di laurea, Modena 1875. — ALBERTONI P. e LUSSANA, Sull'alcool, sull'aldeide e sugli eteri vinici; *Sperimentale*, 1874. — BIZZOZERO, LOMBROSO, MOSSO, ecc., Il Vino. Conferenze. Torino, Loescher, 1881. — FRIGERIO L., Frenosi alcoolica e frenosi paralitica; *Arch. ital. Mal. nerv. e ment.*, 1883. — VERGA A., Dell'ubbriachezza in Milano; *Mem. R. Ist. Lombardo*, 1883. — TAMBURINI A., Contrib. allo studio medico-legale della dipsomania e dell'alcoolismo; *Riv. di Fren. e di Med. leg.*, X-XI, 1884 e 1885. — LOMBROSO C. L'Uomo delinquente, *passim*, ma spec. vol. II, 1ª ediz , 1889, pp. 288-326. — COLAJANNI N., L'alcoo-

lismo, sue conseguenze morali e sue cause. Catania, Giannotta, 1887, un vol. — Rossi Virgilio, Critica al lavoro precedente, in *Arch. Psich. Antr. crim. Sc. pen.*, 1889. — Berti Tito, Alcoolismo, Roma, Armanni, 1889. — Zerboglio A., L'Alcoolismo, Studio sociologico giuridico; *Bibl. Antrop.-Giuridica*, Torino, Bocca, 1892. — Pieraccini A., I discendenti di due famiglie di alcoolisti; *Il Manicomio moderno*, vol. VII, 1891, e: L'alcool e l'alcoolismo, nella *Picc. Bibl. med.*, F. Vallardi, Milano 1893. — Belmondo E., Alcoolismo acuto e cronico, nel *Tratt. ital. di Pat. e Ter. medica*, vol. I, parte 4ª, pp. 97-125. — Notizie statistiche sull'Alcoolismo in Italia ed in altri Stati; *Bulletin de l'Institut intern. de statist.*, Roma, tomo VII, 1894. — Sulla questione dell'eredo-alcoolismo, e dell'alcoolofilia parossistica, veggansi due miei articoli pubblicati sulla *Gazzetta degli Ospedali*, marzo 1895.

(E. Morselli)].

[B. Morfinomania, Cocainomania e Morfio-cocainomania. [a]

Morfinomania. — Volgarmente denominasi *morfinomania* l'uso abituale della morfina per tendenza irresistibile. Pichon voleva riservato tal nome al morfinismo cronico accompagnato da disturbi psico-sensoriali; ma così intesa, la morfinomania si ridurrebbe a ben poca cosa, perchè questi fenomeni sono ben rari nel corso del morfinismo soddisfatto senz'altra complicanza patologica o tossica. Essendosi discorso del morfinismo in altra parte di questo Trattato, massime per ciò che concerne l'etiologia della abitudine e lo stato delle funzioni organiche dei morfiomani, qui considereremo unicamente i sintomi nervosi e psichici che accompagnano il morfinismo cronico, e li distingueremo sotto un doppio punto di vista: *A*) a seconda che la tendenza divenuta abituale è soddisfatta, *morfinismo cronico soddisfatto; B*) nel soggetto morfiomane privato del veleno, *morfinismo cronico nello stato di astinenza o di bisogno.*

Sintomatologia neuro-psichica e decorso del morfinismo cronico soddisfatto. — I sintomi neuro-psichici che contrassegnano il morfiomane soddisfatto, variano in conformità dei diversi periodi dell'intossicazione. Codesti periodi si possono distinguere in: un 1° periodo *iniziale* (nel quale si potrebbero fondere anche il periodo di intermittenza e quello di *esitazione* di Chambard, al cui bel libro sui Morfiomani sono in gran parte improntate queste brevi note (*b*); un 2° periodo di *morfinismo abituale e necessario*, che in tempo più o meno lontano, se l'avvelenamento non cessa, finisce in un 3° periodo *cachettico.*

A. *Periodo iniziale.* — I sintomi cerebrali che si hanno nell'iniziazione del morfinismo non sono sempre gli stessi: talora precedono sintomi spiacevoli: cefalea, vertigini, senso di stordimento, di confusione, di torpore, di nausea, che però in poche ore scompaiono. Più comuni e costanti sono nel periodo iniziale i sintomi costituenti l'*euforia morfinica*, che variano, e non lievemente, da un soggetto all'altro, secondo l'eccitabilità individuale del sistema nervoso centrale, l'educazione, la coltura, l'esistenza di una labe ereditaria, ecc. Ma in genere essi consistono nella soppressione di ogni percezione dolorosa, soprattutto di quella contro cui si forma il bisogno psichico della morfina, ed in un eccitamento delle funzioni intellettive. Il soggetto dimentica così ogni noia, ogni dolore fisico e morale; un senso di dolce calore sale al capo; le membra paiono più leggere, ed una sensazione come di grato riposo invade tutto l'organismo; l'idea di sforzo e di fatica quasi svanisce (*c*). Contempo-

---

(*a*) Questo capitolo è stato scritto dal Dr. Niccolò Buccelli, mio assistente pel Corso di Neuropatologia ed Elettroterapia dato nella R. Università e per la Sezione neurologica del Policlinico di Genova. Io non gli ho fatto che poche aggiunte (E. Morselli).

(*b*) [Cfr. Chambard, I Morfinomani, nella *Bibl. Charcot-Debove*, trad. ital. di Giovanelli, Torino, Unione Tip.-Editrice, 1894) (E. M.)].

(*c*) [La più bella, ottimistica descrizione di questo periodo di euforia ci è stata lasciata dal celebre oppiofago, Quincey, nelle sue: Confessions of a English Opiumeater (trad. in franc., 1890). Se ne troverà un largo sunto nell'opera interessantissima e già citata del nostro Paolo Mantegazza, Quadri della Natura umana, Milano 1872, vol. II. Il Mantegazza ha il vanto di essere anche stato uno degli introduttori della coca in Europa, e la sua opera, pel tempo in cui fu scritta, è degna tuttora di venire consultata dallo studioso di psichiatria: vi si leggono interessanti particolari sulle diverse forme di ebbrezza e di intossicazione psichica presso le varie razze umane (E. M.)].

raneamente, per l'iper-eccitazione delle funzioni intellettive, la creazione, l'elaborazione e l'associazione ideativa si svolgono più agili, più vivaci, senza sforzo e senza pena; si colgono rapporti lontani tra le cose, si aumenta l'attitudine al lavoro mentale ed anche fisico, e l'individuo può a lungo parlare e discutere agilmente senza dar segno di stanchezza.

Presto però a questo periodo di iper-eccitazione psichica gradevole segue una profonda depressione (in certi casi fino al grado di sopore). [Uscendo dal quale l'individuo morfinista sente il bisogno sempre più irresistibile della sostanza. La maggioranza presenta un po' di esitazione prima di lasciarsi trascinare per la china fatale dell'abitudine: alcuni, messi opportunamente in sull'avviso da persone amiche o da un medico oculato, ovvero anche disgustati dai sintomi di intossicazione, non infrequenti a questo periodo, riescono a vincere la loro funesta tendenza: altri, invece, dopo infruttuosi tentativi, che per un poco acquietano la loro coscienza (« hanno fatto tutto quello che potevano per resistere », « hanno lottato invano », ecc.), dopo essere saliti e scesi alternativamente nelle dosi di veleno, giunti che siano per loro sventura in possesso della siringa, rimangono vittima dell'abitudine, nè più esitano di fronte all'indispensabile aumento delle dosi.

Fu già detto (vol. II, pag. 699) che un buon numero di questi individui è portato all'uso della morfina da quella stessa predisposizione ereditaria che trovasi in fondo anche alla intossicazione volontaria cogli alcoolici. In altri termini, fra le tendenze degenerative dell'uomo la morfinofilia sarebbe un equivalente psichico dell'alcoolofilia, e la morfinomania, a sua volta, l'equivalente psicopatico della dipsomania. Lo stato mentale di coloro che diventano morfinisti dietro cause inadeguate o per un vero pervertimento della sensibilità (oggidì cala il numero di quelli che lo diventano per cause fisiche, nevralgie, affezioni dolorose delle ossa, ecc.), è conforme in tutto a quello che verrà descritto nel capitolo della *Degenerazione mentale*. Essi sono dotati di scarso potere inibitorio, non hanno volontà, sono caratteri deboli e privi di resistenza, tanto è vero che nel maggior numero dei casi il periodo di esitazione è brevissimo, e il morfiomane arriva rapidissimamente al bisogno irresistibile di dosi elevate di morfina (per esempio, in meno di un mese alla dose di un grammo al giorno!) (E. M.)].

B. *Periodo del morfinismo abituale e necessario soddisfatto.* — È di capitale importanza il differenziare in questo periodo lo stato di bisogno soddisfatto o no, perchè sono nella diversa condizione di cose essenzialmente diversi i disturbi cerebrali.

Nello stato di soddisfacimento, allorchè il morfinismo non si accompagna a fattori complicanti, i disordini psico-sensoriali sono oltremodo rari: essi si riducono al più a qualche fenomeno allucinatorio, specialmente nelle ore notturne. I disturbi psico-sensoriali, che Levinstein descrisse sotto il nome di *Morphiumsucht*, sono nella grandissima maggioranza dei casi dovuti a momenti causali complicanti (alcool, degenerazione, nevrosi e psicosi preesistenti, ecc.). Così nel morfinismo puro, a stato di bisogno soddisfatto, sono oltremodo rari veri stati deliranti. Comunemente si osservano invece fenomeni psichici, e talvolta imponenti, in rapporto ad un decadimento cospicuo delle funzioni intellettive, volitive e affettive.

a) Dal lato delle *funzioni intellettive*, i disturbi rappresentano uno stato perfettamente antagonista di quello provocato dalle dosi iniziali. Succede, cioè, un profondo torpore delle facoltà più elevate, un'incapacità quasi assoluta ad ogni lavoro mentale un po' elevato e protratto: l'intelligenza diventa confusa, il corso delle idee lento e stentato. Ciò fa sì che il soggetto cerchi di sfuggire, quanto più gli è possibile, ad ogni lavoro intellettuale, anche lieve, eviti di conversare e di discutere. La parola stessa è lenta, come interrotta, e rispecchia fedelmente il torpore del processo psichico. La memoria comincia presto ad affievolirsi e, secondo il solito, sono i primi a perdersi i ricordi più recenti e quelli riferentisi a cose e fatti meno comuni al soggetto.

Ciò non ostante, anche sotto questo rapporto, le differenze individuali sono tutt'altro che trascurabili. Individui di una intelligenza superiore, di una vasta coltura, hanno per una serie di anni, anche di lunghi anni si dice, potuto accudire, non ostante l'uso continuato del veleno, ad elevati e difficili lavori mentali. Le disposizioni personali, la buona nutrizione, l'assenza di labe ereditaria, l'uso continuato, ma non eccessivo, del veleno ed altre condizioni favorevoli possono invero protrarre il fatale decadimento dell'intelligenza.

b) L'indebolimento delle *facoltà volitive* fa sì che il soggetto perda qualunque energia, qualunque attività. Egli ha tendenza a rimanere immobile, a star seduto, od anche a tenere

il letto, in cui spesso, se fosse lasciato a sè stesso, passerebbe volentieri inerte tutta la sua vita. Questo affievolimento della volontà contribuisce a rendere più che mai il soggetto incapace a lottare contro la triste abitudine, cui soggiace come schiavo.

c) L'ottundimento dei *sentimenti affettivi e morali* può giungere fino a far perpetrare atti immorali o delittuosi. Più spesso però è mancanza di affettività verso la famiglia e delle idee altruistiche le più nobili: il soggetto, tutto concentrato nel pensiero supremo di provvedersi di morfina, sotto pena in caso contrario di terribili sofferenze, diventa di un egoismo talora feroce, e di una abilità a tutto simulare e dissimulare, che non ha l'eguale che nelle isteriche.

Le differenze individuali spiccano qui pure rispetto a queste diverse alterazioni della affettività, della volontà. Evidentemente una individualità provvista di sentimenti affettivi e morali elevati, di una educazione squisita, di una ferma volontà non sarà così compromessa nelle rispettive funzioni, come chi, oltre trovarsi in condizioni opposte, ha pur contro di sè l'eredità, l'alcoolismo, ecc.

Di fronte a tutte queste alterazioni della psiche, si comprende facilmente il frequente cambiamento di carattere del morfinista inveterato, che diventa ipocondriaco, eccitabile, bisbetico. Egli si rasserena solo qualche istante e riacquista la perduta intelligenza, memoria, affettività e volontà appena dopo l'assunzione di dosi più generose di veleno, ma sempre in maniera progressivamente più effimera.

È stata ricordata la rarità di atti delittuosi od immorali imputabili all'azione dell'avvelenamento nello stato di soddisfacimento. Essi possono essere messi in rapporto sia colla iper-eccitazione cerebrale prodotta dall'uso di dosi cospicuamente più generose nel corso del morfinismo cronico, oppure imputati a quella perdita dei sensi affettivi e morali già accennata. Spessissimo, però, concorre alla loro perpetrazione qualche elemento complicante patologico o tossico.

Non entrano direttamente nel quadro di queste brevi note le alterazioni, del resto assai rare, osservate nel campo di certi nervi cerebrali (scotomi, restringimento del campo visivo, ambliopia, amaurosi accessuale; ipo-acusia e para-acusia; anosmia, emi- ed iperosmia). Mi basta averli accennati e ricordare che essi pure probabilmente il più spesso sono dovuti alle complicanze della morfinomania (e specialmente all'alcoolismo e all'isteria) piuttosto che alla azione diretta del tossico.

C. *Periodo terminale o cachettico.* — Esso pure va considerato secondo lo stato di soddisfacimento o di bisogno: di questo verrà fatto cenno in seguito, essendo i sintomi comuni od almeno analoghi a quelli che si osservano nell'astinenza del periodo precedente.

Nello stato di abitudine soddisfatta, questo periodo rappresenta l'estrema rovina delle facoltà mentali. L'intelligenza quasi si annichila, ed il soggetto diventa più che mai incapace a qualunque lavoro mentale: egli si fa sempre di umore più tetro, senza sentimenti affettivi e morali, senza volontà, senza memoria. È insomma il fatale progredire dei sintomi cerebrali accennati nel periodo precedente, che deve condurre il povero malato alla demenza vera e propria, se prima la rovina della personalità fisica non l'ha condotto alla tomba.

Allorchè la morte avviene per effetto diretto della morfina e, come il più spesso succede, in seguito a nuove e più generose dosi di essa, si ha un quadro finale che non è costantemente lo stesso. Il più spesso insorgono crampi muscolari, specialmente alle braccia ed al collo, contrazioni cloniche nel campo del facciale, trisma: il corpo si raffredda su tutta la sua superficie, le estremità si fanno cianotiche, sembrano ghiacciate, le pupille diventano straordinariamente miotiche; i riflessi patellari esagerati indicano l'effetto irritativo del veleno; la respirazione si fa lenta, il polso diventa piccolo, aritmico, la temperatura del corpo si abbassa sempre più. Succede uno stato soporoso, in cui i fenomeni anzidetti si aggravano, appare il fenomeno di Cheyne-Stokes, e l'infermo muore per paralisi del centro della respirazione (*a*).

(*a*) Come negli altri periodi dell'avvelenamento, anche in questa fase terminale il quadro morboso può essere cospicuamente modificato dalle complicanze tossiche e patologiche. Così in un giovine di 26 anni, che presentava da circa nove anni manifestazioni isteriche, divenuto da circa tre anni morfinomane e morto recentemente in uno stato cachettico e dopo una più larga copia di iniezioni, io ho visto svolgersi poco prima della morte, commisti coi fenomeni di avvelenamento morfinico acuto, dei fatti d'irritazione motrice con tutti i caratteri propri dell'isteria (N. Buccelli).

SINTOMI NEURO-PSICHICI NEL MORFINISMO CRONICO INSODDISFATTO. — [Il morfiomane può venire privato del veleno per varie cause; o perchè gli venga sottratto a scopo di cura dai parenti e dai medici, o per fortuito esaurimento della sua provvista, sebbene questa eventualità sia assai rara pei morfinisti inveterati che possedono o portano sempre con sè dosi enormi della sostanza. Si è già parlato in altro luogo dei fenomeni morbosi che sopravvengono con la soppressione della morfina (vol. II, pag. 703): è opportuno però qui considerarli riguardo ai disturbi psichici. Questi nelle condizioni di astinenza sono molto gravi, specialmente in caso di abitudine inveterata, e furono studiati assai bene nei soggetti sottoposti al metodo rapido di divezzamento (E. M.)].

Allorchè il morfinista è privato del suo veleno imprescindibilmente necessario, insorge un vero stato submaniaco o di vera mania, che ricorda, sebbene un po' da lontano, il *delirium tremens* alcoolico, talchè Levinstein denominò questo stato *delirium tremens morfinico*, e Pichon, meglio, *delirium tremens amorfinico*. È uno stato di eccitazione che può persino raggiungere il grado di una vera mania acuta, con vociferazioni incoerenti, grida di disperazione e di terrore, impulsi violenti contro sè stesso e gli altri. Spesso vi si accompagnano fenomeni allucinatori, particolarmente nel campo della sensibilità visiva, ma talora anche dell'udito, cefalalgia, crampi, nistagmo ed anche crisi convulsive, isteriformi od epilettiformi [e perfino coreiformi (Jolly), dovendosi però distinguere i casi in cui tali fenomeni sono legati a precedenti manifestazioni di tali neurosi (E. M.)].

Si osservano talora in questo periodo atti impulsivi, specialmente di suicidio, di furto, di violenze. Questi ultimi fatti possono dar luogo a gravi problemi medico-legali, come quelli che hanno attinenza alla questione della responsabilità individuale nel momento della loro perpetrazione.

[Riporto in un prospetto il quadro clinico del morfiomane in istato di bisogno, quale è descritto nell'ottimo libro dello Chambard:

A. Disturbi nelle funzioni della vita di relazione:

1. *Nella psiche:* inquietudine, sentimento di debolezza, disattenzione, angoscia, confusione mentale, agitazione maniaca, tentativi di furto della prediletta sostanza, impulsioni violente, furore seguìto da collasso;
2. Nella *sensibilità*: cefalalgia, mialgie, illusioni ed allucinazioni (delirio sensoriale), offuscamento della vista, *tinnitus aurium*, ecc.;
3. Nella *motilità:* amiostenia, crampi muscolari, sbadigli incoercibili;
4. *Attacchi convulsivi*, isteriformi ed epilettiformi, sincopi, lipotimie, ecc.

B. Disturbi nelle funzioni della vita organica:

1. Nel *circolo:* piccolezza, irregolarità, aritmia del polso, indebolimento delle azioni cardiache, edema delle membra inferiori; emorragie nasali, boccali, uterine, ecc.;
2. Nel *respiro:* respirazioni superficiali, affanno;
3. Nelle *secrezioni:* sudore profuso, catarro oculo-nasale, albuminuria (?);
4. Nella *termogenesi*: abbassamento della temperatura, brividi;
5. Nell'*apparato digestivo:* gastralgie ed enteralgie violentissime; vomito, diarrea.

C. Disturbi nelle funzioni di riproduzione:

Risveglio della eccitabilità genesica; sogni voluttuosi, priapismo, impulsioni erotiche.

Ben di rado il morfinismo resta isolato: per lo più si complica con altre intossicazioni, con l'alcoolismo in prima linea, con il cocainismo in seconda, e talvolta con l'abuso accumulato di oppio, cloralio, etere, bromuro di potassio, sulfonale, cloroformio ed altre sostanze o anestetiche o nervine (E. M.)].

Cocainomania. — A differenza della morfina, la cocaina produce, dopo un uso anche moderato e breve, dei disordini sensoriali e delle concezioni deliranti, che presto raggiungono uno stato di cospicua gravità, ove non venga in tempo interrotto l'uso del veleno. [Questa maggior gravità dell'intossicazione cocainica si può spiegare con le belle ricerche del

Pandi (*a*), il quale avrebbe trovato rigonfiamento e scoloramento caratteristico delle cellule nervose con presenza di granulazioni nella sostanza cromofila (E. M.)].

La fenomenologia del cocainismo si può brevemente raggruppare nei seguenti periodi (*b*).

In un primo periodo, periodo di *euforia*, la quale succede quasi immediatamente alla iniezione od all'ingestione del veleno, e che rassomiglia a quella da morfina, ma che è di questa più rapida e più intensa, però altrettanto più breve. Essa si accompagna ad uno stato di iper-eccitazione motoria ed intellettuale, ad un intenso bisogno di attività muscolare e psichica, che può rassomigliare ad uno stato di esaltazione maniaca. La sensazione di euforia dipende precisamente, oltrechè dal fatto della cessazione di dolore fisico o psichico, da codesto esaltamento, per cui le funzioni intellettive si svolgono rapide, senza alcuno sforzo, senza pena, e l'individuo diventa atto a lavori anche difficili senza provare stanchezza.

In un secondo periodo seguono fenomeni di illusione ed allucinazione, *disordini sensoriali* che presto poi dovranno condurre alla creazione di uno stato delirante. Essi possono essere gravissimi, ed insorgere anche poco tempo dopo l'uso del veleno: è qui appunto che risiede la divergenza più saliente tra cocainomania e morfinomania. Primi a comparire in scena sono quasi costantemente i disordini nel campo della sensibilità visiva, illusioni od allucinazioni in forma di figure ingrandentisi o sformantisi nei loro contorni, ombre strane, semoventi: seguono generalmente in ordine di tempo, intensità e durata, fenomeni allucinatori nella sfera uditiva sotto forma di ronzii, rumori vaghi, indefiniti, suoni di campane e voci di contenuto sessuale. Insieme a questi disturbi dei centri di sensibilità specifica, si hanno in generale disturbi della sensibilità tattile sotto forma di parestesie (formicolio come fosse prodotto dal passaggio di numerosi insetti o di polveri irritanti, base di ulteriori concetti deliranti) o di zone anestetiche, della sensibilità dolorifica (zone analgesiche), parestesie gustative (sapore nauseabondo), olfattive (odori cattivi), oppressione epigastrica, ansia precordiale, allucinazioni complesse.

Queste false percezioni, a contenuto doloroso, dapprima respinte, poi discusse, poi accettate o meglio subìte dall'infermo, formano il perno di un *delirio* a fondo depressivo, un delirio persecutorio, che talora è rappresentato da una sua sottospecie, il delirio di gelosia [come, del resto, è proprio delle intossicazioni, e specialmente dell'alcoolica]. Il delirio cocainico, essendo connestato ai molteplici fenomeni allucinatori, è stato recentemente descritto sotto il nome di « paranoia allucinatoria acuta cocainica ». che si fonderebbe sopra un substrato sensoriale (Mendel, Conolly-Normann). Queste eccitazioni vive e frequenti, quasi tumultuose dei centri sensoriali disturbano via via sempre maggiormente la coscienza del soggetto, che dapprima opera in uno stato intermedio tra la coscienza e l'incoscienza, in uno stato quasi sonnambulico, finchè giunge un periodo in cui il delirio e lo stato maniaco lo spingono ad atti impulsivi, completamente incoscienti, pericolosi per sè e per gli altri.

Alcune volte predominano le note di un delirio depressivo, e mancano o quasi i sintomi di ipereccitazione: il delirio ha allora generalmente il colorito ipocondriaco.

Talora si sono pure osservati fenomeni isteriformi ed epilettiformi in individui affetti precedentemente dalla nevrosi o con accentuata predisposizione ad essa.

I disturbi psichici che insorgono nel periodo di astinenza sono in tutto analoghi a quelli descritti a proposito del morfinismo non soddisfatto: l'alcool, i precedenti ereditari ed in genere qualunque complicanza patologica e tossica son capaci di renderli maggiormente gravi

Morfino-cocainomania. — Frequentissima in tempi ancora non lontani, quando medici anche illustri ebbero la triste pretensione di guarire coll'uso della cocaina la morfinomania (non riescendo che a complicare questa colla cocainomania), non è affatto rara anche oggidì, sia per iniziativa dei malati che tentano da per sè la *cura* sostitutiva, o vanno semplicemente in cerca di un nuovo mezzo che possa loro donare quella felicità del periodo

---

(*a*) [Cfr. Pandi, in *Magyar Orvosi Archivum*, ungherese, 1893, n. 5, cit. nella *Revue Neurologique*, giugno 1894 (E. M.)].

(*b*) V. anche Buccelli N., Cocainismo e delirio cocainico (*Riv. sperim. di Fren. e Med. legale*, vol. XX, fasc. I, 1894). In questa Memoria ho posto a raffronto i disturbi psichici del cocainismo con quelli del morfinismo (N. Buccelli).

iniziale, che dopo un uso inveterato più non possono che assai incompletamente gustare, sia (è d'uopo confessarlo) *oggidì ancora!*, per deplorevole consiglio del medico.

Il quadro dei disturbi cerebrali della morfino-cocainomania si confonde quasi completamente con quello della semplice cocainomania, appunto perchè questa dà luogo a dei fenomeni di eccitamento cerebrale già bene accentuati dopo poco tempo, i quali si sovrappongono sui sintomi assai poco appariscenti dati dal morfinismo soddisfatto, e rappresentano quindi per sè soli quasi tutte le alterazioni della morfino-cocainomania, almeno quelle di ordine psichico. Quindi, qui pure, come nella semplice cocainomania, l'ipereccitazione cerebrale e lo stato sub-maniaco del periodo iniziale, i disturbi sensoriali cogli speciali caratteri della cocainomania, le concezioni deliranti a fondo depressivo, lo stato sonnambulico prima e infine uno stato di vera e propria incoscienza accompagnato da uno stato maniaco. In questi casi di accoppiamento di un veleno all'altro forse questi sintomi esplodono ancora più precocemente, essendo stato loro preparato favorevolmente il terreno di sviluppo dall'avvelenamento abituale unico, che in genere precede per un tempo più o meno lungo il periodo della doppia intossicazione. Del resto questi disordini cerebrali, come quelli della cocainomania semplice, sono resi più cospicui ancora per la coesistenza di uno qualunque dei fattori complicanti più volte accennati.

Così le pene dell'astinenza sono ancora più imponenti di quelle della pura cocainomania e della semplice morfinomania, perchè per essa viene a mancare al soggetto non più l'uso di un solo alimento necessario, ma di due.

Prognosi della morfinomania, cocainomania, morfino-cocainomania. — È tanto più sfavorevole quanto più lungo è il tempo dacchè data l'uso del veleno o dei veleni, quanto maggiore è la dose a cui il soggetto è giunto, quanto più questo ha predisposizione congenita, ereditaria od acquisita, a soggiacere alla *necessità* dell'abitudine, quanto più egli vive in un ambiente corrotto e atto a stimolarlo nel continuare, piuttosto che nel desistere. Quando la morfinomania segue il suo corso fatale, porta la vittima o alla cachessia ed alla morte per marasma o per una complicanza patologica qualunque, facile a concepirsi quando si pensi che il veleno spegne dopo un certo tempo ogni qualunque potere di resistenza dell'organismo, oppure alla demenza e quindi spesso al manicomio.

Altre volte la guarigione non è stabile, perchè a scadenza più o meno lunga sopravvengono delle recidive, a cui più specialmente saranno predisposti quelli, la cui guarigione è anche più difficile per le ragioni suesposte.

Cura della morfinomania, cocainomania e morfino-cocainomania. — È comune alle diverse forme di avvelenamento, giacchè le sofferenze da astinenza cocainica e morfino-cocainica sono del tutto simili a quelle da astinenza morfinica. I metodi di divezzamento che possono mettersi in opera sono: un metodo di divezzamento subitaneo, uno graduale e lento, l'altro graduale e rapido.

Senza insistere a discutere sugli inconvenienti ed i pregi di ciascuno di essi, basti osservare che il metodo rapido messo in opera specialmente da Levinstein nel trattamento della morfinomania, se è consigliabile negli individui dati all'uso del veleno da poco tempo, non giunti ancora ad uno stato di deperimento avanzato, e su cui sia possibile una prudente, coscienziosa, costante ed intelligente vigilanza, se esso ha il vantaggio di togliere tutto in una volta il soggetto all'abitudine funesta del veleno, pur facendogli provare brevi, ma altrettanto acute ed intense le pene dell'astinenza, è sconsigliabile però negli individui pervenuti già ad uno stato cachettico ed in quelli che possono sottrarsi ad una stretta vigilanza, giacchè sono assai gravi i pericoli, che possono nascere dalla cessazione subitanea del veleno, specialmente da parte dell'apparecchio circolatorio, negli individui datisi da lungo tempo all'abuso della morfina, della cocaina o di ambedue i veleni. Per questi soggetti, che provano perciò più intensa la *fames morfinica, cocainica* o *morfino-cocainica*, è necessario quasi sempre il ricovero in opportuno stabilimento, od almeno la sottrazione al comune ambiente di vita.

Questo trattamento radicale può essere efficacemente coadiuvato da una cura complementare intesa a sedare in qualche modo i sintomi penosi derivanti dall'astinenza.

Si è pensato alla cura *sostitutiva* (fosfato e solfato di codeina, laudano, alcoolici, fosfato di soda, ecc.): ma in verità o queste sostanze non sono che di una utilità effimera (l'iniezione

di acqua amara!), o sono tali che, spinte alle dosi necessarie perchè abbiano una vera efficacia, espongono l'individuo al pericolo di una novella intossicazione (oppio, alcool, etere).

Utile invece è l'uso di medicamenti intesi a rendere meno acutamente penosi certi sintomi dolorosi o pericolosi, quali i bromuri, i bagni e gli impacchi tepidi, il cloralio, il sulfonale, la cloralamide, il canape indiano, ecc. Ma anche qui è d'uopo procedere con prudenza, perchè parecchie fra queste sostanze svolgono un'azione deprimente sulla funzione cardiaca, i disturbi della quale, a forma ipocinetica, sono appunto quelli che più si impongono nel quadro delle sofferenze da astinenza. Contro questi disordini della funzione cardiaca, che possono spingersi fino ad uno stato di vero collasso, è stato indicato da Jennings un medicamento, il quale sembra aver dato ottimi risultati contro la paresi del miocardio, avendo la proprietà di eccitarne la contrazione e di dare uno stato di lieve euforia: il solfato di sparteina, che consigliasi a dosi di due o tre centigr. nei periodi di deficienza della funzione cardiaca. Fu pure proposta a tale scopo la nitroglicerina. Jennings stesso suggerisce anche frequenti e larghi movimenti ed eccitamenti del sistema nervoso (velocipedismo, ginnastica muscolare, elettricità, massaggio, ecc.).

La ipnosi fu messa favorevolmente in opera da Morselli, da Bérillon, Grasset e Welterstrand.

Saranno spesso pur utili un trattamento morale ed una cura tonico-ricostituente, che potranno con molto vantaggio essere praticate durante il soggiorno di alcune settimane in una casa di salute (Dott. Nicolò Buccelli)].

[**Bibliografia**. — La bibliografia straniera del morfinismo e cocainismo è ricchissima: mi contento di indicare però alcune monografie, oltre a quelle citate in nota al vol. II, pagg. 699-708: — Levinstein, Die Morphiumsucht, III[a] ediz. Berlino, 1883; Erlenmeyer, Die Morphiumsucht und ihre Behandlung, III[a] edizione, Neuwied 1887; Ball, Leçon sur la morphinomanie, *Revue scient.*, 1884; Obersteiner, Cocaïn u. Morphinismus, *Wien. klin. Wochenschrift*, 1888, n. 19; Gaudry, Le morphinisme pénal, Thèse de Paris, 1886; Jennings (sulla cura), *Encéphale*, 1886-1887; Westphal, Cocaïnomanie, *Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, 1887; Pichon, Le morphinisme: habitudes, impulsions vicieuses, actes anormaux, morbides et délicteux des morphinomanes, Parigi 1890; Chambard, I morfinomani, *Bibliot. Charcot-Debove*, trad. sotto la direz. di Silva, Torino, Unione Tip.-Editr., 1894.

Son pochi i lavori italiani sull'argomento; trovo: Mantegazza P., Quadri della natura umana, già cit., 1872; Grilli, Morfinismo, *L'Imparziale medico*, Firenze 1881; Morselli e Buccola, Azione della cocaina, *Rendic. R. Ist. Lomb.*, 1881; Tanzi, Cura suggestiva del morfinismo (dalla Clinica del prof. Morselli), *Terapia moderna*, 1886; Buccelli, Cocainismo e cocainomania (dalla stessa Clinica), *Riv. sper. di Fren.*, 1893 (E. Morselli)].

[C. PSICOSI COSTITUZIONALI

(*Affezioni del cervello completamente sviluppato, ma più o meno invalido, sulla base di una costituzione psico-(neuro)-patica ordinariamente ereditaria, e con esito in una alterazione costante o in una trasformazione della personalità*) (E. M.)].

[I.]
PAZZIA PERIODICA

[Sinonimia]: *Folie périodique*, francese; [*Circular Insanity*, Ingl.; *Cyclische Psychose*, Ted.]; Follia intermittente (Magnan); Follia a forme alterne (Delaye); Follia a forma doppia (Baillarger); Follia circolare (J. P. Falret); [*Vesania typica completa recurrens* (Arndt); Psicoritmo (Clouston); *Cyclotymia* (Spitzka); Pazzia ricorrente (Varii) (E. M.)].

Definizione. — La pazzia periodica è una varietà di vesania caratteristica più pel suo decorso che pei suoi sintomi. Essa consiste in accessi di mania o di malinconia talvolta isolati, tal'altra accoppiati, che si manifestano ad intervalli più o meno lunghi e spesso per un grandissimo numero di volte nella vita di un ammalato. Le affezioni descritte sotto il nome di follia a *forma alterna*, follia a *forma doppia*, follia *circolare*, [*pazzia ciclica*], costituiscono altrettante semplici modalità della follia periodica.

Abbiamo veduto che la mania e specialmente la malinconia possono recidivare; vedremo più lungi che queste recidive sono frequenti a osservarsi quando la mania e la malinconia sono dovute a degenerazione. Ma gli accessi di mania e di malinconia della follia periodica si differenziano per varii caratteri dalle recidive di mania o melanconia semplici, da una parte, e dagli accessi maniaci o melanconici quali si osservano nei degenerati, dall'altra.

Ogni accesso di mania o di malinconia pura è, in generale, provocato da cause fisiche o morali che agiscono in ragione della loro intensità o della loro durata: ma gli accessi sintomatici della pazzia periodica possono manifestarsi spontaneamente senza l'intervento di alcuna causa provocatrice apparente. D'altra parte, essi si manifestano abbastanza rapidamente senza essere preceduti, come nella mania e nella malinconia, da sintomi prodromici di durata più o meno lunga. Finalmente, essi sono molto più numerosi di questi ultimi, dei quali se ne contano di rado più di due o tre durante tutta la vita, e solo nei casi in cui la causa persistente ne determini la recidiva.

Riguardo agli accessi di malinconia e di mania degenerativa essi si sviluppano su di un terreno speciale; fra l'uno e l'altro di essi, gli ammalati presentano quella debolezza intellettuale o quello squilibrio mentale che caratterizzano i degenerati. [E certo sono di questa specie le paranoie periodiche segnalate da Mendel e da Kansch (*a*) (E. M.)]. Per contro, nella follia periodica, almeno nei casi tipici e durante il primo stadio di essa, l'intelligenza dell'ammalato, rimane [apparentemente] normale nell'intervallo degli accessi.

(*a*) Cfr. Kansch, Beitr. z. Kenntniss d. periodischen Paranoia; *Archiv für Psychiatrie u. Nerv.*, XXIV, 3° fascicolo.

Decorso della pazzia periodica. — Questa varietà di pazzia è specialmente caratterizzata dal suo decorso, e noi ne cominceremo lo studio da esso.

a) *Inizio.* — Il primo accesso si manifesta d'ordinario in un periodo abbastanza avanzato della vita, fra i 25 ed i 35 anni. Fino a quest'età gli ammalati non presentarono mai alcunchè di anormale, sì dal lato dell'intelligenza che da quello del carattere.

b) Questo primo accesso può essere maniaco o melanconico; gli ulteriori *accessi*, siano melanconici o maniaci, si seguono ad *intervalli* più o meno lunghi e generalmente ineguali: li si vedono seguirsi a due, tre, quattro anni di distanza (*a*).

Se questi accessi maniaci o melanconici ricompaiono ad intervalli di tempo eguali, ad esempio ogni anno in primavera, diciamo trattarsi di *pazzia periodica* propriamente detta [o *semplice*, che ha pure ricevuto il nome di pazzia *ricorrente*, e in cui il carattere di intermittenza o periodicità regolare è ordinariamente assai spiccato, massime in corrispondenza dei grandi periodi fisiologici (mestruazioni, gravidanze, allattamenti, azione delle vicende cosmico-telluriche, ad es. stagioni, fasi lunari, ecc.) (E. M.)].

Talvolta, in questo succedersi non vi ha regola affatto; si osservano, ad esempio, due o tre accessi di mania l'un dietro l'altro, segue poi un accesso di malinconia che è seguìto, a sua volta, da un nuovo accesso di mania. [Ed eccoci già alla pazzia *periodica composta*, in cui cominciano ad associarsi senza regola i due stati, l'esaltato ed il depressivo (E. M.)]. Ma gli accessi maniaci possono, invece, alternarsi regolarmente con accessi melanconici, ed allora abbiamo a che fare colla follia *alterna* (Delaye), [col *delirio a forme alterne*] (Legrand du Saulle), [dove fra un attacco vesanico e l'altro esiste ordinariamente un intervallo di salute mentale (E. M.)].

In un momento più o meno inoltrato della malattia, l'accesso si complica: esso non si compone più di un attacco maniaco e di uno melanconico, ma di due fasi, l'una melanconica, l'altra maniaca che si succedono con un periodo di lucido intervallo: e questa è la *follia a doppia forma* (Baillarger) [propriamente detta, o *ad accessi separati*, o " discontinua „ di Kraepelin (E. M.)]. L'ordine di successione dei due periodi varia però a seconda dei casi. Il più spesso, al periodo melanconico precede il maniaco: soventi volte, però, accade il contrario. Può darsi che, compiutosi il ciclo, l'ammalato non si ristabilisca completamente, ma entri in un nuovo ciclo. In tal caso vediamo succedersi, senza alcun periodo di lucido intervallo, un periodo di mania, uno di malinconia, uno di mania..... e così di seguito: in tal caso si tratta di vera *follia circolare* [o *pazzia ciclica*] (J. P. Falret, Marcé), [di *follia a doppia forma continua*, secondo la designazione dei Tedeschi (E. M.)].

La pazzia a doppia forma e quella circolare possono condurre ad uno stato permanente di mania o di malinconia cronica; ed allora l'ammalato muore malinconico o maniaco. Anche la periodica semplice può terminare col confondere i proprii attacchi fino a rendere insensibili i periodi intercalari, non più manifestantisi se non con periodi di relativa accalmia nel decorso apparentemente continuo della melancolia o mania fattasi cronica.

[Si possono rappresentare le varietà idealmente tipiche della pazzia perio-

(*a*) [In questo punto ho dovuto invertire alquanto l'ordine dato dal Ballet alla sua descrizione, onde rendere più comprensibile il passaggio dalla forma periodica semplice alla periodica ciclica (E. Morselli)].

dica o con formule o con schemi grafici: e dico " idealmente tipiche „ perchè esistono nei singoli casi clinici le più inaspettate variazioni, dalla forma periodica semplice all'alterna, e da questa alla ciclica interrotta ed a quella continua. Alcuni alienisti francesi (Baillarger, Ritti, Mordret, Régis, ecc.) hanno moltiplicate le varietà di pazzia circolare, ma sempre lasciando il sospetto che si tratti piuttosto di tipi astratti. Ecco intanto le formule di cui mi servo nei miei corsi clinici per designare brevemente le varietà più sicure ed importanti per la pratica, avvertendo che il così detto intervallo lucido è rappresentato da una lineetta — e che il segno + indica il succedersi immediato delle due fasi:

I. *Pazzia periodica semplice:*
1° esaltata: Mania—Mania—Mania—Mania, ecc.;
2° depressiva: Melancolia—Melancolia—Melancolia—ecc.

II. *Pazzia a forme alterne:*
1° inizio in esaltamento: Mania—Melanconia—Mania—Melanconia, ecc.;
2° inizio in depressione: Melancolia—Mania—Melancolia—Mania, ecc.

III. *Pazzia a forma doppia discontinua,* con fasi separate o a ciclo periodico:
1° depressione mite: Mania + Melancolia—Mania + Melancolia—ecc.;
2° depressione grave: Mania + Stupore—Mania + Stupore—ecc.

IV. *Pazzia a forma doppia continua,* con fasi subentranti o circolare pr. detta:
1° a oscillazioni miti: Ipomania + Melancolia + Ipomania + Melancolia + Ipomania, ecc.;
2° a oscillazioni intense: Mania + Stupore + Mania + Stupore + Mania, ecc.

Ma senza dubbio è migliore la rappresentazione grafica, introdotta per la prima volta dal Régis (*a*) (E. Morselli)]. Dando un'occhiata agli schemi qui oltre disegnati, potremo facilmente farci un'idea più esatta di quanto dicemmo e del significato clinico delle espressioni follia alterna, periodica, a doppia forma, circolare (figg. 30-33).

Però, se scorriamo con attenzione le figure che rappresenterebbero le storie cliniche di certi ammalati ([potremmo in prova riprodurne tre affatto caratteristiche], la prima concerne una donna che studiamo da qualche tempo, la seconda e la terza sono di Magnan), noi vedremmo come nel decorso della pazzia periodica si alternino o si succedano i varii tipi sotto i quali questa vesania può presentarsi. Prendendo a disamina certe storie cliniche, ci reca meraviglia il grande numero di accessi semplici di mania o di melanconia che sovente hanno preceduto il manifestarsi degli accessi a doppia forma: e si potrebbe rimaner sorpresi del fatto che alcuni autori (J. Falret) abbiano esitato ad ammettere che questa malattia non assume sempre primitivamente il carattere di follia a doppia forma. Sarà però bene notare che questa perplessità degli autori rimonta ad un'epoca già antica. [Oggi noi tutti siamo convinti che da principio si è esagerato nel pretendere un'ideale regolarità e periodicità negli attacchi o nei cicli, e che sostanzialmente la pazzia periodica può nello stesso individuo, ereditariamente predisposto alle gigantesche oscillazioni della personalità, assumere le forme più svariate, sia al di sopra sia al di sotto della linea raffigurante lo stato a lui normale (E. M.)]. D'altra

(*a*) [Cfr. Régis, Méthode graphique appliquée, etc.: *Annales médico-psychologiques*, VI serie, XII, 1884, p. 104; Manuel prat. de Médecine mentale, 2ª ediz., 1892, pagg. 210-220. — Però lo studio più completo sul decorso delle pazzie periodiche e cicliche è, a mia conoscenza, quello del prof. Arndt e dott. Dohm di Greifswald: *Der Verlauf der Psychosen* (Wien 1887). Vi si trovano anche schemi grafici assai ben fatti sopra un modulo originalissimo ed espressivo (E. M.)].

parte, non è impossibile che un certo numero di accessi, ritenuti nei casi descritti come accessi semplici, non siano poi accessi a doppia forma; giacchè il periodo di eccitazione e specialmente quello di depressione possono facilmente passare inosservati nei casi in cui non siano accompagnati da fenomeni gravi. Fatta quest'eccezione, oggidì niuno più dubita che la follia intermittente, prima di assumere la forma di accessi subentranti, non possa presentarsi sotto quella di accessi isolati, vuoi malinconici, vuoi maniaci.

Schema delle diverse forme della follia periodica.

Fig. 30]. — Follia periodica (propriamente detta).

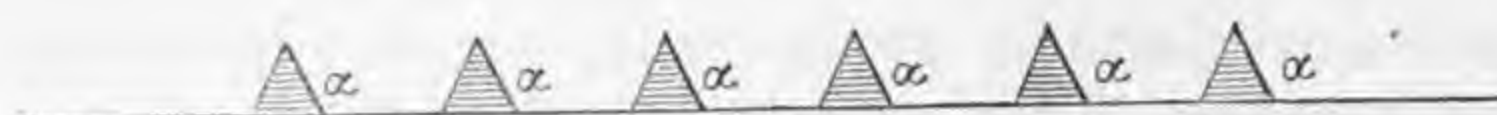
a) Mania intermittente o periodica.

b) Malinconia intermittente o periodica.

Fig. 31]. — Follia alterna.

α. Accesso maniaco
β. Accesso melanconico

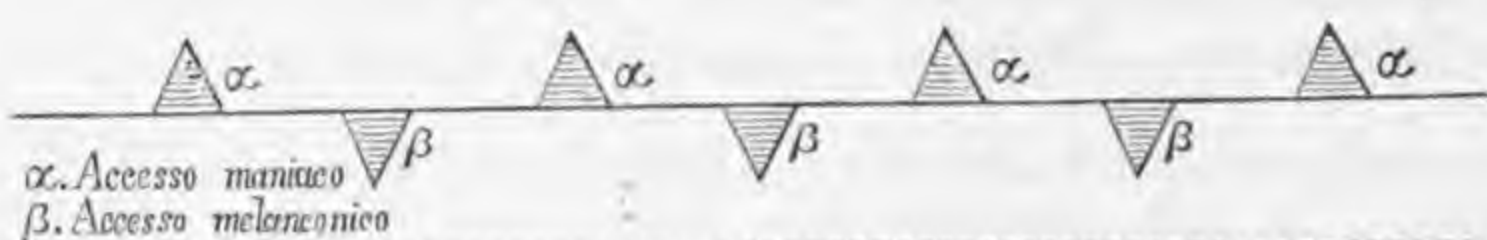



Fig. 32]. — Follia a doppia forma discontinua.

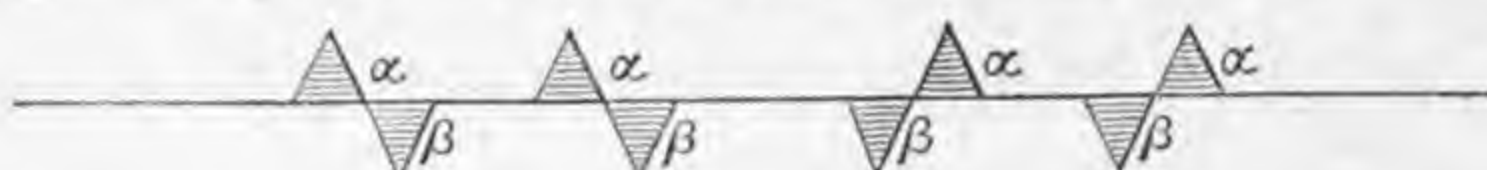



Fig. 33]. — Follia circolare o a doppia forma continua.

[Figg. 30-33. — La linea orizzontale rappresenta lo stato medio o normale della personalità e, teoricamente, anche i *lucidi intervalli* fra gli accessi; i triangoli ascendenti, α, sono gli attacchi o le fasi di *eccitazione maniaca;* i discendenti, β, sono attacchi o fasi di *depressione melanconica* (E. M.)].

[*c*) Ma quando gli alienisti francesi che hanno scoperto o che ora illustrano queste forme di pazzia, ci parlano solo di stati " maniaci „ o " malincolici „, semplificano di troppo, secondo il loro costume, il quadro nosografico della malattia. In realtà la pazzia periodica-ciclica può presentarsi con accessi o crisi di tutta altra natura, cioè crisi in forma di *confusione mentale*, di *amenza stupida*, di *delirio sensoriale* (" paranoia acuta allucinatoria „) e pur anco in forma di parossismi di *paranoia* (" delirii pseudo-sistematici „). S'aggiunga la divergenza che fra i singoli casi clinici arreca il modo d'origine e di svolgimento della affezione. Talvolta essa è *idiopatica*, e gli attacchi insorgono in un soggetto predisposto, senza apparente nesso con cause proporzionate; tal'altra è *simpatica*, e gli attacchi si congiungono con ogni possibile evidenza a cause fisiche o biologiche. Fra queste è prima per frequenza la mestruazione, ma non meno efficace nelle donne ereditarie la funzione della maternità in genere: fors'anco nell'uomo agiscono vicende periodiche tuttora ignote, sebbene presumibili, della vita sessuale (*a*).

(*a*) Per quanto riguarda l'influenza della vita sessuale sullo stato psicopatico, e specialmente sui parossismi di idee fisse, sono da consultarsi i recenti lavori del Freud di Vienna: Die Abwehr-Neuro-psychosen, *Neur. Centrl.*, 1894, nn. 10-11; Obsessions et phobies, *Revue neurologique*, III, 1895, n. 2. Un geniale biologo, violentemente rapito ancor giovane alla scienza, Paolo Albrecht di Amburgo, ha sostenuto, con ricerche pazientissime sulle urine, che anche il maschio va soggetto ad una eliminazione periodica di elementi riproduttivi. Tale fatto, ove venisse confermato, ci spiegherebbe molti fenomeni della psicologia normale e morbosa (E. Morselli).

Il Kraepelin, ad esempio, ammette almeno quattro forme di pazzia periodica: 1° la forma delirante (*deliriöse*), consistente in accessi rapidi di profondo oscuramento della coscienza, con allucinazioni, idee deliranti fantastiche e stato eccitabile; 2° la maniaca; 3° la circolare, che ora è continua ed ora discontinua; 4° la depressiva, ora in forma di melancolia semplice ed ora di intensa irrequietudine. Ma più completa è la distinzione del Krafft-Ebing e dello Schüle. Questi distingue le pazzie periodiche semplici, le circolari, le alternanti e le menstruali: suddivide le prime in forma maniaca, di cui descrive cinque tipi, e in melancolica, che dice giustamente poco caratteristica: suddivide poi le circolari in tre tipi, a seconda che il ciclo è costituito da mania + melancolia, o da delirio sistematico espansivo + melancolia, o da stupore + confusione mentale. Per avere però il quadro più completo delle psicosi periodiche, bisogna ricorrere al Krafft-Ebing. Ne riferisco la classificazione, completandola con quelle forme che a me sembrano oggi acquisite alla patologia mentale e che qui, naturalmente, non è il luogo di descrivere a parte (*a*):

I. PAZZIA PERIODICA DI ORIGINE IDIOPATICA:

1° *Pazzia periodica idiopatica in forma di vesania tipica primitiva:*
- *a.* Mania periodica;
- *b.* Malinconia periodica: { α. depressione passiva; β. depressione eretistica;
- *c.* Amenza confusionale periodica;
- *d.* Pazzia circolare: { α. ciclo: melancolia + mania; β. » mania + melancolia; γ. » mania + stupore; δ. » confusione + stupore, ecc.

2° *Pazzia periodica idiopatica in forma di delirio:*
- *a.* Delirio caotico di natura neurastenica;
- *b.* Delirio di natura epilettoide (equivalente psichico).

3° *Pazzia periodica idiopatica in forma di impulsioni morbose:*
- *a.* Dipsomania o alcoolofilia parossistica;
- *b.* Psicopatie sessuali a parossismo (pervertimenti, inversioni, ecc.);
- *c.* Paranoia rudimentale (idee fisse incoercibili).

II. PAZZIA PERIODICA DI ORIGINE SIMPATICA:

1° *Pazzia periodica simpatica nella donna:*
- *a.* Pazzia collegata alla funzione menstruale . . . . . . { α. mania; β. distimia neuralgica; γ. stupore catalettiforme; δ. confusione mentale con attacchi isterici; ε. cleptomania; dipsomania; erotomania, ecc.; ξ. idee fisse (neuro[psico]si ansiosa);
- *b.* Pazzia collegata alla funzione di maternità (nelle ereditarie) { α. in gravidanza; β. in puerperio; γ. in allattamento.

2° *Pazzia periodica simpatica nell'uomo* (È certo collegata di preferenza con le vicende e le fasi di sviluppo della vita sessuale; pubertà, masturbazione, periodicità nella spermatogenesi, ecc.) (E. MORSELLI)].

(*a*) Sull'argomento, in generale, consultinsi: KRAEPELIN, Psychiatrie, IV[a] ediz., 1893, pp. 348-383; SCHÜLE, Klinische Psychiatrie (trad. ital., Napoli 1890, pp. 262-297); KRAFFT-EBING, Lehrbuch d. P., V[a] ediz., 1893, pagg. 447-482. — Sulle psicosi menstruali: ELLEN-POWERS, Inaug.-Dissert., Zurigo 1883; FRIEDMANN, Ueber die primordiale menstruelle Psychose, *Congr. alien. Ted.*, Carlsruhe 1893, e *Münch. med. Wochensch.*, 1894, n. 1 e seg. (E. M.).

d) Nulla di più variabile della *durata* dei periodi di follia, e può dirsi il medesimo dei periodi di lucido intervallo; al riguardo non possiamo fissare alcuna regola. Che gli accessi di eccitazione e di depressione, [di delirio sensoriale o di confusione], siano isolati o subentranti, poco importa: ve ne hanno di quelli che non durano più di 5 o 6 giorni, altri invece durano parecchi mesi, [e possono pur anco continuarsi per anni].

Nell'accesso a doppia forma i periodi possono essere brevissimi: si vedono degli ammalati che durante la visita del mattino passano parecchie volte alternativamente da uno stato di depressione a quello d'eccitazione. Qualche volta l'accesso persiste per un anno: in tal caso la fase maniaca dura [ordinariamente] pei sei mesi di primavera e d'estate, la fase malinconica, invece, per i sei d'autunno e d'inverno. Potremo farci un'idea di queste varietà [scorrendo le cartelle nosografiche di quegli alienati, che furono sottoposti ad attento esame durante molti anni di degenza in un Manicomio bene organizzato (E. M.)]. In esse vediamo come gli intervalli di lucidità durino talvolta parecchi anni, mentre in altri casi non passano parecchie settimane. In generale, questi intervalli sono tanto più lunghi, quanto più prossimi si è all'inizio della malattia; più tardi tendono a diminuire di durata.

Gli accessi *accoppiati* o accessi *a doppia forma* possono cominciare talvolta con un periodo di mania (Baillarger, Falret), tal'altra con uno di malinconia (Ludwig Meyer, Guislain, J. Falret). Il secondo modo d'inizio sembra sempre il più frequente. [Spesso non pertanto sullo stesso individuo, come osservava Tonnini, si vedono susseguirsi due cicli invertiti: per es., 1° ciclo: mania + melancolia + mania; 2° ciclo: melancolia + mania + melancolia. Baillarger aveva definito più tipi di pazzia circolare (E. M.)]. Checchè ne sia, i disturbi sopravvengono abbastanza presto senza alcun periodo prodromico notevole; qualche volta si manifestano bruscamente: l'ammalato si mette a letto sano, e si alza maniaco o malinconico.

La transizione dal primo al secondo periodo è anch'essa improvvisa, almeno nella maggioranza dei casi, ed ordinariamente avviene di notte. Questo succede specialmente quando gli accessi sono corti. Nei casi nei quali ciascun periodo dell'accesso dura parecchi mesi, il passaggio dalla malinconia alla mania, od inversamente, può invece avvenire a poco a poco e con una certa lentezza. Finalmente, in alcuni casi questa transizione presenta delle oscillazioni (J. Falret); il melanconico, prima di diventare francamente maniaco, passa per brevi periodi di mania e di melanconia alternantisi. Non ricordo che a titolo di curiosità quelli nei quali pare esista un breve periodo di lucido intervallo fra i due periodi che si seguono (J. P. Falret [sen.], J. Falret, Ludwig Meyer): a rigore, in questi casi si tratterebbe piuttosto di accessi di mania alternantisi con altri di melanconia, che di veri accessi a doppia forma.

In questi ultimi, la durata relativa del periodo melanconico e quella del periodo maniaco possono essere quasi eguali. Quando l'uno dei due è predominante, in generale esso è il melanconico.

Sintomi. — Abbiamo visto or ora come decorra la pazzia intermittente; si tratta adesso di descrivere la fisionomia che rivestono gli accessi maniaci e melanconici che la costituiscono. Notiamo che il decorso è ben più caratteristico che la sintomatologia, giacchè, eccettuate poche particolarità, la mania e la melanconia della forma intermittente non differiscono nè dalla mania e malinconia semplici, nè da quelle degenerative. Ciò non pertanto, abbiamo già insistito su questo fatto: che cioè, contrariamente a quanto succede nella

mania e melanconia semplici, la mania e la malinconia intermittenti si manifestano d'ordinario senza causa apprezzabile ed abbastanza bruscamente: esse insorgono all'improvviso senza esser precedute da alcun sintomo prodromico (Magnan). [Non è così quando l'attacco di pazzia periodica sia d'indole confusionale o comprenda una fase d'amenza allucinatoria: allora vi è un più o men lungo stadio prodromico. Anche l'amenza stupida è, però, generalmente a principio improvviso e rapido (E. M.)].

Per quanto improvviso voglia essere il suo manifestarsi, l'accesso può esser preceduto da un dato fenomeno che si ripete sempre in ciascun accesso nello stesso ammalato. Un maniaco intermittente, che noi abbiamo in osservazione fin da quando fu colto dal primo accesso, ha l'uso di bere un bicchiere della sua urina; i suoi famigliari non si sbagliano mai riguardo al significato di un atto così strano. Un ammalato di Schüle, sull'inizio dell'accesso, vedeva un uccello grigio sul suo berretto; un altro, studiato da Magnan, indossava un vecchio accappatoio. Si è pure notato che a differenza dei pazzi comuni, i quali una volta ritornati in libertà, rifuggono dalla casa di salute, gli intermittenti vi ritornano volentieri quando stanno per cadere in un novello accesso e vanno a trovare il personale dell'Asilo ove pel passato furono raccolti. [Talvolta il fenomeno premonitorio è di natura neuropatica, ma sempre di indole degenerativa. Una periodica maniaca, che ho potuto seguire per ben nove anni nel Manicomio di Torino, ad ogni iniziarsi dell'attacco era incolta da un tic facciale (E. M.)].

I. Accesso maniaco. — Esso assume varie forme che possiamo aggruppare nelle tre seguenti: 1° esaltamento maniaco [semplice]; 2° esaltamento maniaco con delirio di grandezza; 3° mania acuta.

a] L'*esaltamento maniaco*, [l' " ipomania "], è la forma più comune. Ciò che la caratterizza " si è la sovraeccitazione generale di tutte le facoltà, l'attività esagerata e patologica della sensibilità, dell'intelligenza e della volontà, il disordine degli atti senza disturbo considerevole dell'intelligenza e senza incoerenza del linguaggio " (J. Falret). Le idee diventano più abbondanti, si associano fra di loro e si succedono con maggior facilità; contemporaneamente la memoria si fa più viva. Gli ammalati sono loquaci e prolissi, raccontano delle storie interminabili, recitano dei versi che impararono nel passato e che avevano più o meno completamente dimenticati. Essi destano meraviglia per la prontezza delle loro risposte e per la finezza di alcune delle loro arguzie. Sono in preda ad un'attività straordinaria; vanno e vengono, fanno innumerevoli visite, ed importunano colla loro assiduità non solo gli intimi, ma anche quelli che conoscono appena. [Sono essi che ci dànno il tipo dello stato psicopatico designato col nome di " delirio degli atti ". La loro condotta è *iperprassica* (E. M.)]. Sono intraprendenti, amanti di avventure, audaci; vincolano e svincolano i valori di cui dispongono, giocano alla Borsa, parlano di costruzioni e cercano di trasformare le loro proprietà. La loro mente è feconda di idee inventive, qualcuna delle quali originale, altre piuttosto ridicole ed assurde. Un ammalato proponeva di far conciare la pelle dei piedi dei soldati per risparmiare allo Stato le spese di calzatura (Baillarger).

Talvolta, arroganti, pieni di sè stessi, sono nei loro discorsi acerbi e mordaci, piglian gusto a disgustare ed a far dispetti alle persone che li attorniano, s'irritano se li si contraddice o li si redarguisce, si lasciano facilmente trasportare dalla collera e dalla violenza. Alcuni tendono a seminare attorno di sè il disordine e la discordia: raccontano delle storie false, inventano calunnie e

scandali. La loro attività straordinaria si traduce talvolta con atti nocivi o delittuosi; ve ne hanno di quelli che arrivano a rubare degli oggetti più o meno importanti: altri si dànno alle libazioni esagerate, al vino, e vanno da una bettola all'altra. Le idee erotiche e gli eccessi genesici non sono rari; gli uomini si compiacciono delle oscenità, si dànno alla masturbazione, molestano tutte le donne che incontrano per via, e frequentano con assiduità i postriboli. Le donne perdono ogni ritegno: lanciano delle occhiate provocatrici, scrivono ai loro amanti posticci delle lettere ardenti, [non di rado perseguitano con le loro non chieste dichiarazioni amorose i medici che le curarono durante i precedenti loro attacchi (E. M.]. " Insomma, i sentimenti, gli istinti vengono del tutto trasformati da questa malattia; individui, che per l'addietro erano docili e buoni, diventano violenti, furiosi, cattivi, vendicativi e spesso bugiardi, ladri e cinici sì in parole che a fatti. In una parola, essi acquistano i difetti ed i vizii che prima non erano compatibili colla loro natura e che rendono impossibile a chiunque comunicare con essi " (J. Falret).

[La caratteristica dell'esaltamento ipomaniaco del periodico è, adunque, il pervertimento della sfera affettiva: il " delirio degli atti ", la diminuzione o perdita del senso di convenienza e del sentimento etico, la esuberante influenza dei bisogni e appetiti egoistici come norma di una condotta sempre turbolenta. Nello stesso tempo la relativa integrità della logica, l'esaltazione delle facoltà più superficiali dell'intelligenza, ci dànno nel periodico il quadro classico della " monomania ragionante ", della " pazzia lucida o ragionante " sulla quale tanto si è discusso nei tempi andati (*a*). Evidentemente sono questi caratteri clinici che mostrano il fondo degenerativo dell'affezione, e però io ho fatto della pazzia periodica una varietà del gruppo delle *Parafrenie* o psicopatie costituzionali degenerative (E. M.)].

b] Qualche volta l'eccitazione maniaca si accompagna a vere *idee deliranti:* la contentezza, la soddisfazione, la fiducia in se stessi che caratterizzavano fino a questo momento gli ammalati, cedono il posto ad idee di grandezza. Gli ammalati non sono più soltanto entusiasti od intraprendenti, ma attribuiscono a se stessi delle qualità immaginarie: sono poeti, musici, compositori; oppure aspirano alle alte cariche dello Stato, vogliono essere ministri, ambasciatori. Talvolta ritengono realizzate le loro pretese ambiziose, e si dicono principi del sangue, imperatori, presidenti di repubblica. In codesto periodo si ha una straordinaria somiglianza fra tali ammalati e gli individui affetti da paralisi generale: ritorneremo su questo argomento a proposito della diagnosi.

c] Finalmente, in certi casi, l'esaltazione cerebrale può, almeno per un certo tempo, assumere una forma più acuta. Abbiamo allora una sintomatologia che ricorda molto quella della *mania acuta:* il linguaggio è incoerente, le frasi si succedono senza seguito e senza chiaro ordine logico; gli ammalati fanno atti disordinati ed improvvisi; si agitano in tutti i sensi; rompono gli oggetti che sono a loro portata; nel loro vaneggiamento esprimono qualche vaga idea di ambizione; gli uomini si credono di essere Dio: le donne, la Beata Vergine. Non riconoscono più i loro genitori ed i loro famigliari; talvolta sono violenti e furiosi. Il più sovente questi accessi di mania durano poco e rappresentano delle esacerbazioni temporanee nel decorso dell'esaltazione ipomaniaca. Altre volte durano più a lungo, delle settimane, dei mesi, quanto dura, cioè, il periodo di esaltazione della pazzia circolare.

(*a*) Pei rapporti dello stato *lucido, paralucido* e *pseudolucido* con le alterazioni di coscienza, veggasi: Morselli, Man. Semejotica, vol. II, p. 471.

Gli alienati, dei quali parliamo, si distinguono, in generale, nei Manicomii e nelle Case di salute per certe tendenze e per certi modi di comportarsi che sono più particolari a loro che ad altri alienati. Come certi dementi, hanno la smania di riempirsi le tasche di tutti i piccoli oggetti che loro capitano sotto mano: bottoni, ciottoli, pezzi di carta, croste di pane; così che, come diceva J. Falret, basterebbe solo frugarli per diagnosticarne la malattia (*a*). Inoltre, essi hanno l'abitudine di vestirsi in modo affatto strano: le donne si pettinano in modo bizzarro, si sovraccaricano di ornamenti non consoni alla loro età; gli uomini si pavoneggiano dei loro abiti, indossandoli però a rovescio, mettono i calzoni colla cucitura entro le scarpe, si coprono di oggetti luccicanti e ridicoli; oppure hanno delle vere idee di grandezza, ed inventano delle decorazioni fantastiche in rapporto colla loro posizione o colla loro dignità immaginarie, [si fanno notare, insomma, per la smania degli emblemi].

Durante i periodi di eccitazione della pazzia intermittente, gli ammalati generalmente ingrassano (Ludwig Meyer): le loro funzioni, specialmente le digerenti, si fanno più attive: però abitualmente si ha insonnio, [ed il peso del corpo per lo più diminuisce, malgrado l'apparente floridezza del viso e malgrado si sia affermato il contrario (*b*) (E. M.)].

Si osservano anche talvolta, come in alcuni degenerati affetti da pazzia ragionante, delle congestioni, degli accessi epilettiformi od apoplettiformi che possono esser seguìti da disturbi afasici o paralitici generalmente passeggeri.

2. Accesso malinconico. — Come l'accesso maniaco, può essere di vario grado. E questi gradi sono rappresentati: 1° dalla depressione malinconica semplice; 2° dalla depressione malinconica con idee deliranti; 3° dalla malinconia con stupore.

a] Nella *depressione malinconica semplice* la fisionomia esprime un abbattimento ed uno scoraggiamento profondo. Quando è di grado leggero, gli ammalati parlano ancora abbastanza volentieri: si lamentano di avere perduto la loro attività fisica o morale, sono incapaci di qualsiasi sforzo; accusano un senso di stanchezza e di impotenza naturale; il pensiero è difficile e tardo, l'associazione delle idee è lenta. Molto essi soffrono della loro triste posizione, e questa sofferenza assorbe tutta la loro emotività; tutto riesce loro indifferente, ma la coscienza, che essi hanno di questa indifferenza morbosa per le cose e per le persone, li attrista maggiormente: si accorgono di non essere più capaci di sentire, che non amano più i loro genitori, i loro figli. [È la vera " melancolia ragionante „ o consapevole, la quale nel quadro delle forme vesaniche depressive corrisponde all'ipomania delle esaltate (E. M.)]. Ad un grado più avanzato, la parola si fa bassa e lenta; non si riesce a saper nulla dall'ammalato se non strappandogli le parole ad una ad una. La volontà è pressochè nulla; per deci-

(*a*) [Sul collezionismo nelle varie forme di alienazione mentale, veggasi un'arguta memoria di G. Mingazzini; *Riv. sper. di Freniatria*, XIX, 1893, p. 541. Egli non accenna che ad un solo caso di psicosi circolare; ma sembrami che per lo meno le sue osservazioni VIª e LXXXVª appartengano alle forme periodiche (E. M.)].

(*b*) Lo studio comparativo del peso del corpo nella pazzia periodica e ciclica, sia per riguardo alla indole degli attacchi, sia per riguardo agli intervalli liberi, aveva indotto Baillarger, Stisk, Meyer e Kelp a credere che esso diminuisse nella depressione, aumentasse nell'esaltamento. Ma lo Starck (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1887) ha distrutto questa credenza, provando che il parossismo prolungato e forte, qualunque esso si sia, produce rapido dimagramento, mentre nell'intervallo il peso cresce in ragione della sua durata. Anche Fürstner (Ueb. d. Verhalten d. Körpergewicht bei Psychosen; *Deut. Archiv f. klin. Medicin*, XLVI, 1890) mette in dubbio il criterio diagnostico del peso nelle pazzie periodiche (E. Morselli).

dersi al minimo atto l'ammalato fa un grande sforzo, e talvolta non ci riesce; prende in uggia qualsiasi estrinsecazione dell'attività, resta continuamente in letto, e non si leva da esso che per sedersi o per ritrarsi isolato in un angolo. Si capisce come in queste condizioni non soltanto esso trascuri i doveri di famiglia e quelli inerenti alla sua professione, ma perda pur anche ogni cura della sua persona e dimentichi le regole più elementari della pulizia. Abbandonato a se stesso esso è sporco, mal vestito ed abbigliato; si rinchiude in una camera che va empiendo di lordure, e fa d'uopo di tutto il rigore della disciplina manicomiale per obbligarlo a pulirsi come gli altri ed a vestirsi decentemente.

b] Su questo fondo di depressione mentale più o meno grave si innestano talvolta delle *idee deliranti;* idee di rovina, di colpevolezza, di dannazione, od ipocondriache. Queste idee si accompagnano talvolta a tentativi di suicidio. Qualche volta l'individuo si crede perseguitato, ha allucinazioni dell'udito, sospetta un avvelenamento e rifiuta gli alimenti. Finalmente, il delirio melanconico può essere d'indole religiosa; il paziente è in relazione colle potenze celesti, e quelli che lo attorniano sono demonii o rappresentanti di Satana.

c] Il periodo malinconico può, come dicemmo, assumere la forma di *malinconia con stupore,* ed in tal caso qualche volta si tratta di stupore semplice, cioè di depressione malinconica spinta all'estremo grado. Gli ammalati sono in uno stato di assoluta immobilità, non profferiscono verbo; quando sono poi tornati allo stato normale, raccontano che si sentivano dominati da un senso di assoluta incapacità a pensare e ad agire; il tempo sembrava loro terribilmente lungo; udivano e comprendevano quanto si diceva loro d'intorno, ma erano impotenti a reagire. Altre volte lo stupore potrebbe chiamarsi delirante, e si accompagna ad allucinazioni o ad illusioni generalmente terrorizzanti. Un'ammalata di Baillarger, ad esempio, credeva che la si volesse arrestare, che si mandassero a lei dei soldati per catturarla; essa si credeva morta o nella bara, vedeva dei fantasmi e sentiva attorno a sè degli odori pestiferi. [Ed una mia inferma, passando quasi all'improvviso dallo stupore all'esaltamento, mi diceva nei primi giorni di questo che era rimasta impietrita durante tutto l'inverno dallo spettacolo dell'inferno che le stava sempre d'innanzi (E. M.)]. Si è in questi casi che lo stupore melanconico si complica talvolta a catatonia.

Contrariamente a quanto succede nei periodi di eccitazione, durante i quali si ha iperattività di tutte le funzioni organiche, nei periodi di depressione le funzioni della nutrizione si rallentano, la circolazione e la respirazione si fanno meno attive, le secrezioni meno abbondanti, le estremità spesso sono fredde, [bluastre, edematose], finalmente gli ammalati di frequente dimagrano.

Quanto dicemmo basta per dare un'idea della varietà degli aspetti sotto i quali può presentarsi la follia periodica [a fase maniaca e malincolica].

Nello stesso ammalato gli accessi possono assumere una fisionomia sempre identica, specialmente nei casi di accessi isolati e brevi di malinconia o di mania. Nella mania e nella malinconia intermittenti essi per lo più si assomigliano straordinariamente.

Nella pazzia a forme alterne od in quella a doppia forma, in quella, cioè, in cui si osserva l'alternarsi della malinconia colla mania, non vi ha corrispondenza fra l'intensità e la durata di ciascuna delle due fasi. Laonde ad un accesso leggero e breve di eccitazione maniaca può seguire un lungo periodo di stupore melanconico, [e viceversa]. In qualche caso, però, si ha un parallelismo da un punto di vista duplice, da quello cioè dell'intensità e della durata,

fra i periodi di eccitazione e quelli di depressione: vediamo, ad esempio, una breve fase di leggera eccitazione maniaca essere seguìta da una di depressione malinconica semplice.

3. Periodi di " lucido intervallo „. — Dallo studio del decorso della affezione, di cui ci occupiamo, emerse che i periodi di lucido intervallo possono essere lunghi o brevissimi, che possono essere compresi fra due accessi di mania o di malinconia, oppure fra uno di mania ed uno di malinconia, od anche fra due accessi di pazzia a doppia forma.

Ciò che, prima di tutto, caratterizzerebbe questi periodi di lucido intervallo [secondo il tipo ideale del pazzo periodico descritto dagli alienisti francesi (E. M.)] sarebbe la perfetta integrità delle funzioni psichiche e del carattere. Questa particolarità fu notata da varii osservatori e specialmente da Foville. Magnan cercò dimostrarla patognomonica; secondo quest'autore, essa basterebbe per differenziare la pazzia intermittente dagli accessi di pazzia degenerativa, negli intervalli della quale si ha sempre, o debolezza intellettuale, o squilibrio mentale. [La distinzione, però, è ben difficile a farsi, anche perchè i periodici sono generalmente degli ereditarii, in cui non mancano le stimmate psichiche, ad esempio la ipobulia, il difetto di attenzione, l'apatia, la versatilità di umore, lo spirito di contraddizione, ecc., e bene spesso anche le fisiche, cioè fenomeni isterici, debolezza delle azioni vasomotorie, sensibilità esagerata alle vicende meteoriche, delirio alla più lieve malattia infettiva, ecc. Ma è specialmente nella sfera morale che si manifesta la anomalia costituzionale della personalità di costoro. Il Dr Fronda assai opportunamente ha messo in rilievo come negli individui affetti da " mania ricorrente „, non solo esistano una tara ereditaria più o men grave e note somatiche degenerative in numero rilevante, ma in tutti, durante il periodo intervallare, un grado di maggiore o minore eccitabilità del carattere, che si esplica con atti riprovevoli e molesti agli altri, col vagabondaggio, la maldicenza, l'erotismo, gli impulsi offensivi, in una parola una eccentricità ed una reazione sproporzionata allo stimolo (*a*).

Ad ogni modo, comunque siano le nubi che la coprono od offuscano in questi individui più o men largamente predisposti, la " lucidità „ intercalare è sempre a me parsa più spiccata nei periodici a forte tara ereditaria, in quelli ad accesso piuttosto breve, ed in quelli in cui la psicosi si presenta nelle sue forme semplici, soprattutto poi nella mania periodica. Questi ammalati possono per lunghi anni cadere e ricadere nei loro accessi, mostrando negli intervalli, e pure per molti anni di seguito, la " paralucidità „ che ha fatto dare il nome alla fase di silenzio dei fenomeni psicopatici. Aggiungo che mentre la pazzia doppia, l'alterna e specialmente la ciclica, portano un'offesa assai più sensibile all'intelligenza, quella puramente periodica, che per dir vero contraddistinguerebbe gli ereditarii molto aggravati ed è di indole più intensamente degenerativa, lascierebbe ad ogni accesso perturbazioni più rilevanti nel sentimento (E. Morselli)].

Ciò non pertanto, tale " integrità „ delle facoltà mentali non dura che un certo tempo. Col ripetersi e col prolungarsi degli accessi avvengono dei cambiamenti. In principio la lucidità è assoluta, la potenza intellettuale non è diminuita, ma si constata ben presto una certa irritabilità, un'attività disordinata che oltrepassa la norma; altre volte, invece, si osserva apatia e noncuranza, che sembra tanto più grave quando la si paragoni allo stato di salute dell'individuo. Più tardi

(*a*) Fronda, Studio clinico sulla mania ricorrente; *Il Manicomio moderno*, X, 1894.

ancora si nota un decadere graduato verso la demenza, indebolimento della memoria, lentezza nel pensiero, poca rettitudine nei giudizii, minor chiarezza e precisione delle idee. " Ma in allora, non si deve dimenticare che oltre alla influenza del ripetersi degli accessi, dobbiamo anche tener conto dell'avanzarsi dell'età, giacchè la decadenza intellettuale si manifesta soltanto dopo molti anni e perciò in individui già vecchi „ (Magnan). [In un buon numero di casi la vecchiezza innesta i suoi caratteri psichici involutivi su quelli propriamente dissolutivi o, meglio, deteriorativi della malattia: e con un attento esame è possibile differenziare le due categorie di modificazioni mentali, quella senile e quella psicopatica. La prima riguarda specialmente la sfera intellettuale (memoria), la seconda invece tocca più strettamente la morale (carattere).

Debbo però dichiarare che in pratica la lunga integrità mentale dei periodici va intesa in un senso molto relativo. Non solo chi studia accuratamente l'individuo affetto da pazzia periodica negli intervalli trova, come dissi, numerose e talora evidentissime deficienze, che denotano per l'appunto l'indole costituzionale della psicosi; ma per di più io penso, e ne ho esperienza personale, che il così detto " intervallo lucido „ ci appaja accompagnato da un ritorno all'integrità psichica unicamente perchè posto in raffronto colla clamorosa espressione dell'accesso maniaco, o con quella non men forte in senso opposto dell'accesso melancolico. Si aggiunga che " l'integrità „ mentale suaccennata converrebbe fosse apprezzata, non in rapporto alla meschina vita del Manicomio, ma bensì in rapporto alla vita libera, in società ed in famiglia (E. Morselli)].

Natura. — La pazzia intermittente da noi or ora descritta costituisce, per se stessa, un'entità morbosa distinta dalle altre forme di psicosi? Per rispondere a tale quesito è necessario ricordare brevemente i varii periodi della storia di quest'affezione prima di andare al punto cui è giunta al presente.

Il vero principio di questa storia risale alla scoperta della pazzia a forma doppia. Già da lungo tempo gli alienisti ([Willis nel 1600], Pinel, Esquirol, Dubuisson, Guislain, Griesinger) avevano notato che in certi ammalati gli accessi di mania si alternano con altri di malinconia o possono trasformarsi l'uno nell'altro. Ma in quell'epoca la mania e la malinconia erano considerate quali entità morbose sempre autonome, e si intravvedeva appena che, oltre la mania e la malinconia semplici, si potessero avere degli accessi melanconici o maniaci costituenti l'espressione sintomatica di entità morbose più complesse. Nel 1851 J. P. Falret (1), e, di poi, nel 1854 questo stesso autore da una parte, e Baillarger (2) dall'altra, richiamarono quasi contemporaneamente l'attenzione su di una forma clinica caratterizzata da " un periodo di eccitazione alternantesi con uno di depressione „. L'uno (Baillarger) dimostrò che la pazzia a doppia forma (e questa è l'espressione da lui usata) si presentava talvolta con accessi isolati, tal'altra con accessi succedentisi senza interruzione; l'altro (J. P. Falret) insisteva specialmente sulla seconda varietà che chiamò pazzia circolare. Ambedue questi autori furono però concordi nell'ammettere che la pazzia a doppia forma e la circolare sono diverse da una semplice successione di accessi di mania e di malincolia volgari, ma, come diceva Baillarger, costituiscono " un genere speciale di follia „.

Benchè le descrizioni di Baillarger e di Falret siano clinicamente molto

(1) J. P. Falret, *Gaz. des Hôp.*, gennaio 1851; Leçons cliniques de médecine mentale, 1ª parte, Parigi 1854, p. 249; *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 14 febbraio 1854.

(2) Baillarger, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 31 gennaio 1854.

esatte, pure questi autori errarono nel ricercare la caratteristica di questa nuova entità morbosa, che descrivevano, soltanto nel succedersi dei due periodi che costituiscono l'accesso a doppia forma.

Morel, negando a torto alla pazzia circolare ogni autonomia, fece però a ragione notare che l'alternarsi dell'eccitazione e della depressione è un fenomeno frequente a riscontrarsi nella patologia mentale. Non v'ha dubbio che, attribuendo a questo fenomeno un'importanza nosologica troppo grande, si possano esser confusi dei fatti che dovevano esser distinti l'uno dall'altro. Nella paralisi generale, ad esempio, vediamo l'eccitazione maniaca alternarsi spesso con delirio melanconico; e si partì da questo dato per ammettere una pazzia circolare manifestantesi durante il decorso dell'encefalite diffusa. Non occorre dire che fra questa forma e quella descritta da Baillarger e Falret non passa altra analogia, che quella data da una grossolana somiglianza dei sintomi. Ma v'ha di più: queste stesse alternative di stati di eccitazione e di depressione possono anche riscontrarsi in individui chiaramente affetti da stigmate degenerative, senza che per questo in tali casi il decorso e l'evoluzione di esse siano eguali a quelli che si osservano nella pazzia circolare tipica. Ora, certi casi di sì fatto genere furono appunto scambiati con quest'ultima affezione. Magnan, dimostrando che la caratteristica della pazzia intermittente è costituita meno dal succedersi dei due periodi melanconico e maniaco quali si osservano nella maggior parte dei casi, che dal decorso generale dell'affezione, ha molto felicemente ravvicinato nella stessa descrizione le pazzie circolari, le a doppia forma, le intermittenti e le alterne, le quali sembrano ragionevolmente costituire modalità diverse di una sola entità morbosa.

[Ma il decorso non basta oggimai a contrassegnare la natura speciale delle pazzie periodiche e cicliche. Spetta agli alienisti tedeschi, a Ludwig Meyer (1874), a Kirn (1877), a Dittmar (1877) specialmente, il merito di avere posto in rilievo il carattere non meno importante della origine ereditaria, insomma della natura costituzionale o diatesica di questa forma di psicosi.

Anche la patogenesi, più che dal decorso, fu illuminata dalle investigazioni cliniche sul polso, sui cangiamenti vasomotorii, sulla nutrizione generale dei periodici, non che dalle purtroppo scarse indagini anatomo-patologiche compiute in Germania. La più discussa dottrina è quella di Ludwig Meyer (*a*), secondo la quale si tratterebbe di oscillazioni nel trofismo o nel ricambio materiale. Più ardita e geniale è l'ipotesi del Meynert (*b*), che credette riconoscere in un'alternativa di condizioni morbose vasomotorie la base patologica delle due opposte fasi della pazzia ciclica (E. Morselli)].

Eziologia. — L'*ereditarietà* è in questa forma, come per le altre varietà di pazzia, l'elemento eziologico più importante; e su questo punto tutti gli autori sono concordi. Magnan sostiene che l'ereditarietà è nella follia intermittente meno intensa che nella degenerazione mentale, però più che nel delirio di persecuzione sistematizzato. Ma se è facile lo stabilire l'ereditarietà, non così facilmente si riesce a fissarne l'importanza. Conviene, di più, tener ben presente che se certi degenerati sono affetti da labe ereditaria, pure se ne hanno di quelli nei quali la degenerazione mentale, come vedremo, è la conseguenza di accidenti

---

(*a*) Cfr. Meyer, in *Archiv für Psychiatrie u. Nervenkr.*, vol. IV, 1874.

(*b*) Cfr. Meynert, Psychiatrie, Clin. des mal. du cerveau antérieur, trad. franc., Bruxelles 1888, p. 223 e seg.; Lez. clin. di Psichiatria, trad. ital., Milano, s. d., pagg. 17, 22, 120, ecc. Veggasi anche: Schubert, Zur Pathogenese d. circulären Irreseins; *Neurol. Centr.*, IX, 1° agosto 1890 (E. M.).

sorvenuti durante la gravidanza della madre, o di malattia infantile, cosicchè in essi può ritenersi che l'ereditarietà sia incostante, pur essendo abituale: nella follia intermittente, invece, la si riscontra di regola. L'idea di Magnan deve quindi essere presa in senso perfettamente contrario, [nel che io mi accordo completamente col Ballet (E. M.)]. Del resto, anche i casi riferiti dall'alienista di Sainte-Anne non ci sembrano deporre in favore del suo modo di vedere. Fra gli altri individui affetti da follia intermittente Magnan cita il caso di una giovane donna, madre e sorella di pazzi; un altro concernerebbe una donna figlia di madre apoplettica, di padre alcoolista ed esaltato, e sorella di un maniaco cronico; ora, in molti degenerati noi troveremmo un gentilizio assai meno compromesso!

Ciò che possiamo con sicurezza affermare si è che l'ereditarietà, molto o poco aggravata che sia, invece di condurre ad uno squilibrio permanente dovuto a difettoso sviluppo del sistema nervoso, determina soltanto una predisposizione latente, che nell'individuo affetto da pazzia periodica si traduce poi con accessi vesanici più o meno lontani l'uno dall'altro. Il fatto che meno spicca in questi casi non è l'ereditarietà nel senso stretto della parola, ma le sue conseguenze. [Un periodico è, adunque, uno psicopatico in latenza di manifestazioni morbose, precisamente come lo è la isterica nella condizione detta di " isteria normale „ (Charcot, Gilles de la Tourette), o come lo è l'epilettico nei più o men lunghi silenzi della sua nevrosi. Tutti costoro sono, certo, degli ammalati anche fuori dell'attacco; ed ecco perchè nella mia classificazione (1883-85) posi da molti anni, pel primo, la pazzia periodica, e quella con idee fisse svolgentisi su di una costituzione nevropatica mite, accanto all'epilessia, all'isterismo, alla paranoia ipocondriaca ed alla nevrastenica degenerativa, che trovano la loro base in una costituzione nevropatica ancor più aggravata (E. Morselli)].

Nella pazzia intermittente l'ereditarietà è spesso similare. In certi casi, ad esempio, la madre dell'ammalata presentava, come sua figlia, dei periodi alternantisi di eccitazione e di depressione. J. Falret racconta che suo padre ed egli stesso ebbero la rara ventura di poter constatare in tre famiglie diverse l'esistenza della pazzia circolare, che durava da tre generazioni, nella nonna, nella madre, nella figlia.

La pazzia intermittente è più frequente a riscontrarsi nella *donna* che nell'uomo. Abbiamo veduto che le prime manifestazioni di essa compaiono dai 25 ai 35 anni.

Riguardo alle *cause determinanti* degli accessi, spesso ci sfuggono; l'accesso maniaco o malinconico scoppia all'improvviso, senza causa apparente. Altre volte scoppia in seguito a dispiaceri, ad emozioni morali vive, oppure il suo ritorno è provocato dalla mestruazione: [è la " pazzia periodica menstruale „ dei Tedeschi (*a*)], dalla gravidanza o dall'allattamento. [Ed io credo che la pazzia di gravidanza o di puerperio, tanto spesso ereditaria e similare, e tanto frequentemente recidiva ad ogni nuovo concepimento o parto, sia per l'appunto una psicosi degenerativa, fatta uscire dallo stato di latenza dalla grande funzione fisiologica periodica della maternità.

Quanto alla relativa frequenza delle pazzie periodiche, sieno semplici sieno cicliche, si può supporre *a priori* che il loro numero apparirebbe ben più

(*a*) Circa all'influenza delle mestruazioni sul decorso, in genere, della pazzia, veggasi la Memoria dell'esimio Schüle, Ueb. d. Einfl. d. sogennante " Menstrualwelle „, ecc. *Allg. Zeits. für Psych.*, XLVII, 1891. Cfr. pure Algeri, Le frenopatie in rapporto alla mestruazione; *Arch. ital. mal. nerv. e ment.*, 1884, p. 321 (E. M.).

grande nelle statistiche dei Manicomii se queste non fossero compilate, per riguardo alla maggior parte dei casi che non superano ancora il loro primo anno di durata, sulle diagnosi di ammissione tanto spesso fallaci. Ad ogni modo, dalle cifre già riferite (pag. 78) risulta che essendo il numero delle pazzie cicliche di 289, di cui m. 166, f. 123, si ragguaglierebbe in media all'1,2 % sul totale dei pazzi esistenti alla fine del 1891 nei Manicomii d'Italia, con questa avvertenza, però, che in quattordici anni, forse per un più corretto diagnostico, tale vesania aveva offerto l'aumento percentuale del 43 %. In Francia, a Charenton per esempio, Foville e Ritti segnalano una proporzione più grande, cioè del 3 ó 4 %, massime nel sesso femminile (E. Morselli)].

Diagnosi. — La diagnosi della pazzia periodica presenta parecchie difficoltà. Se nell'età adulta, verso i trent'anni, scoppia un accesso di mania o di melanconia, non sempre riesce facile decidere se questo accesso costituirà la prima manifestazione di una pazzia intermittente, che poi continuerà per tutta la vita dell'individuo. Di fatto, può trattarsi sia di un accesso di mania o di malinconia semplici, sia di un accesso di malinconia o di mania manifestatosi in un degenerato. La psicosi, come si sa, è ben diversa nell'uno o nell'altro caso.

Gli accessi di *mania* o di *malinconia semplici* sono ordinariamente provocati da una causa fisica o morale facilmente apprezzabile; in genere sono preceduti da un periodo prodromico più o meno lungo caratterizzato da tristezza, insonnio ed inappetenza. Per contro, gli accessi sintomatici della pazzia intermittente si manifestano spesso senza causa apprezzabile; non sono preceduti da prodromi, ed intervengono all'improvviso. Più spesso non si ha nel periodico che eccitazione maniaca o depressione malinconica, mentre nella mania o nella malinconia comune i disturbi sono in genere più notevoli: quelli determinati dalla mania si traducono con mania acuta, con incoerenza delle idee e del linguaggio; i disturbi, invece, determinati dalla malinconia si traducono con sintomi di depressione accompagnati da idee deliranti di rovina, di colpevolezza, di dannazione.

Riguardo poi agli *accessi sintomatici della degenerazione mentale*, l'epoca della loro comparsa è ordinariamente precoce: essi si manifestano nell'adolescenza od anche nell'infanzia; inoltre l'anamnesi ci dirà che gli individui che ne sono affetti presentavano, già prima di tali sintomi, debolezza intellettuale o sintomi di squilibrio mentale che mancano sempre [o, per lo meno, non sono mai così spiccati prima del comparire dell'attacco (E. M.)] nella forma tipica della follia intermittente.

Quando i sintomi della vesania periodica sono poco gravi, possono quasi passare inosservati; un'eccitazione di leggero grado, una depressione anch'essa non grave sono talvolta prese per semplici capricci transitorii dovuti al carattere od all'umore della persona che li presenta. Si trascura di consultare il medico per disturbi di apparenza innocua, che non richiedono la chiusura dell'individuo in uno stabilimento. Non si viene a conoscenza della natura patologica dei disturbi che quando, coll'ulteriore sviluppo della malattia, quelli sono diventati più gravi e si confermano. Questo fatto dà ragione del perchè molti individui affetti da pazzia intermittente continuino a fare la vita di famiglia, e perchè, se chiamati a visitarli, noi troviamo difficoltà per ricostrurre tutta la storia della loro malattia e degli accessi cui furono soggetti (*a*).

(*a*) [Un metodo che io ho trovato utilissimo per giungere alla diagnosi delle pazzie periodiche, è di ricostrurre la grafica dell'esistenza psichica dell'ammalato, tenendo conto minutissimo dei minimi

Alcuni di questi accessi possono essere scambiati con accessi di eccitazione maniaca pura o di semplice depressione malinconica, mentre si tratta già di accessi a forma doppia. E ciò accade quando non si considerano come patologiche se non le fasi della crisi che impone maggiormente, o quando si ritenne per un semplice periodo di lucido intervallo una fase di eccitazione leggera o di depressione poco notevole. [Poichè è indubitabile che in taluni casi la pazzia periodica, massime se alterna, è così mite in apparenza da poter essere scambiata con quelle semplici oscillazioni di umore che anche l'individuo sano ad ogni tanto attraversa. " Nello stato normale più completo e nell'individuo adulto (io ho scritto altrove) la personalità è soggetta a continue variazioni, di cui quelle che si producono nello stadio di malattia debbono riguardarsi, in gran parte, come una esagerazione. La personalità non è mai costante, perchè la sistemazione degli stati di coscienza, che la compongono, non è mai completa „. Questa sua continua variazione dipende dall'organismo, ed è legata alla cenestesi. Ora, siccome lo stato cenestesico è instabile negli ereditarii e nei degenerati perchè la loro energia vitale è deficiente, così si comprende perchè in essi le oscillazioni dell'umore, dei sentimenti, del potere inibitorio siano sempre più grandi che nei sani da ogni labe. Talvolta non è possibile indicare il momento in cui dallo stato normale o, meglio, subnormale, costoro sono entrati in pieno stato abnorme o patologico (*a*) (E. Morselli)].

Oltre questi errori per esame poco accurato, che non possiamo evitare se non informandoci minuziosamente sul passato degli ammalati, sul loro carattere e sulle eventuali modificazioni di esso, ve ne ha un altro, le cui conseguenze sono più gravi. Abbiamo veduto che il periodo di eccitazione della follia intermittente ricorda molto il periodo di espansione della *paralisi generale* L'equivoco è tanto più facile in quanto che in certi individui affetti da pazzia intermittente si riscontrano, come nei paralitici, un leggero imbarazzo della parola o disturbi cerebrali di natura congestizia. Di più, sappiamo che il delirio dell'encefalite diffusa riveste talvolta la forma circolare ed è costituito da periodi alternantisi di eccitazione e di espressione. Così ci troviamo spesso nella necessità di tenere la diagnosi in sospeso ed aspettare, poichè non abbiamo potuto farci un'idea esatta dell'andamento dei sintomi. Però, nella paralisi generale si hanno fin dal principio sintomi di indebolimento mentale, che non si osservano nella pazzia intermittente. Falret fa notare, inoltre, che fra l'eccitazione dei paralitici e quella degli individui affetti da pazzia circolare esiste un carattere differenziale importante: i primi sono in generale benevoli, generosi, disposti a far partecipare tutti dei loro beni, mentre gli ultimi sono essenzialmente cattivi e provano piacere nel molestare e nuocere a quelli che lo attorniano. [Si aggiunga che l'alternativa degli attacchi in esaltati e depressivi non è mai nei paralitici così netta e regolare come nel più dei periodici (E. M.)].

Prognosi. — I particolari, nei quali siamo entrati trattando del decorso della pazzia intermittente, bastano a darci un'idea della prognosi di quest'af-

cangiamenti ricordati da lui o dai parenti, e subito traducendoli in forma simbolica con linee di ordinate alzate od abbassate dalla o sotto l'orizzontale raffigurante l'equilibrio più o meno completo del carattere e opportunamente divisa nei segmenti di anni e mesi. Ricordo un caso da me visto a Trieste e già esaminato da molti alienisti autorevoli, ma il di cui diagnostico non potè essere precisato se non quando io giunsi a tradurre in grafica *tutta* la anamnesi pazientissimamente raccolta durante *due giorni* di indagini. Dimostrai trattarsi di una pazzia a doppia forma, alternantesi da più anni in modo anomalo, ma evidente, su di un soggetto provvisto di grave tara ereditaria. Notisi che già esisteva decadenza avanzata delle facoltà mentali (E. Morselli)].

(*a*) Cfr. Morselli E., Pazzia e ragione; *Pensiero italiano*, gennaio 1894.

fezione. Si tratta di una forma di pazzia paragonabile alle diatesi, ed il recidivare degli accessi dopo un tempo più o meno lungo è, per così dire, fatale. Ma se la prognosi della pazzia intermittente è grave, non è tale quella degli accessi: brevi o lunghi, essi sono essenzialmente passeggeri ed influenzabili dalla cura fino al periodo in cui l'affezione assume la forma sia di pazzia circolare, sia di mania o di malinconia croniche.

Cura. — La pazzia intermittente è, fra le malattie mentali, una delle più ribelli alla terapia. Si tentò, da una parte, di prevenire o ritardare il ritorno degli accessi, dall'altra di attenuarne l'intensità e la durata quando erano scoppiati; [ma pur troppo ambedue queste direzioni terapeutiche sono più ideali, che pratiche (E. M.)].

Riguardo alla seconda indicazione, rimandiamo il lettore a quanto abbiamo già detto a proposito della cura della malinconia e della mania semplici. I mezzi usati per influire su questi stati non differiscono, quando si tratti di semplici periodi della pazzia intermittente, da quelli che ci servono per curare quegli attacchi di mania o di malinconia che si presentano sotto l'aspetto di affezioni autonome.

Riguardo poi alla prima indicazione, furono proposti, l'uno dopo l'altro, il solfato di chinina, la morfina, la digitale, i bromuri alcalini. Nessuno di questi medicamenti pare abbia tale azione da impedire il ritorno degli accessi. Però nelle forme ad accessi brevi e molto vicini l'uso del solfato di chinina, alla dose da 50 centigrammi a 2 grammi nei periodi di lucido intervallo, pare abbia sortito in alcuni casi l'effetto di ritardare il ritorno di essi e di attenuarne l'intensità. Il fatto però non è così chiaro per renderci sicuri di non avere a che fare con semplici coincidenze, [e d'altra parte noi sappiamo come vi siano malarie larvate, le quali possono anche assumere l'aspetto di una depressione o di un esaltamento psichico, e financo quello della confusione mentale e del delirio allucinatorio. Non è escluso il dubbio che in questi casi di presunta guarigione (?) di una pazzia periodica la mercè del chinino, fosse errata la diagnosi, tanto più che vi ha una varietà di nevrastenia palustre ben descritta dal Triantaphyllides (*a*), che pei suoi disturbi depressivi nella sfera intellettuale e morale, per le sue recidive, per essere generalmente preceduta da periodi nevropatici, può essere scambiata con una melancolia periodica (E. Morselli)].

Pel passato furono raccomandati i salassi ripetuti, e Baillarger sarebbe con questo mezzo riuscito a trasformare in malincolia intermittente una forma di pazzia a doppia forma, nella quale, cioè, sarebbe giunto a sopprimere l'accesso maniaco. Però gli inconvenienti di questo metodo curativo non sembrano sufficientemente compensati dai vantaggi. Ricordiamo anche le iniezioni sottocutanee di stricnina, che, fatte da Burkhardt nel momento nel quale nei suoi ammalati la modificazione del tracciato sfigmografico annunciava un probabile ritorno degli accessi, sortirono in due casi buoni effetti. [Occorre, a schiarimento di ciò, avvertire che la pratica dell'egregio alienista di Préfargier si inspira alle dottrine già accennate di L. Meyer (E. M.)].

Il ricovero di tali alienati in appositi Stabilimenti si impone quando gli accessi di eccitazione o di depressione assumono una certa violenza. Per contro, accade spesso che gli ammalati restino in casa loro, specialmente durante i periodi di depressione. Non è dimostrato che questa pratica abbia dei serii inconvenienti, giacchè pare che l'isolamento non apporti gli stessi effetti curativi

---

(*a*) Tryantaphyllides, Neurasthénie palustre; *Archives de Neurologie*, XXVIII, agosto 1894.

nelle psicosi periodiche come li arreca in certe altre forme di pazzia, e specialmente in quelle di natura degenerativa. In questo caso il vantaggio dell'isolamento si riferisce meno a diminuire la durata e l'intensità degli accessi, che a permettere la sorveglianza e una igiene più rigorosa degli ammalati. Gli individui affetti da pazzia intermittente, se lasciati a sè, trascurano la nettezza della loro persona e spesso si nutrono male; in generale i parenti non sono sufficientemente autorevoli per indurli alla nettezza ed a farli nutrire. Sotto questo punto di vista, la disciplina severa e, nello stesso tempo, dolce delle Case di salute riesce veramente utile. [Ciò, soprattutto, quando la vesania raggiunga una certa gravezza, quando cioè assuma la forma maniaca decisa o la melancolico-stupida, e quando ogni attacco sia di lunga durata. Il Manicomio è, invece, inutile, e, francamente lo dico, assai dannoso a quei periodici che versino in lievi stati depressivi o esaltati, con coscienza del morboso cangiamento nella personalità, e in cui gli accessi siano brevi, gli intervalli lucidi più lunghi di ogni singolo attacco. Vidi più volte affrettata una irrimediabile decadenza mentale dalla reclusione, massime in quegli Asili dove i medici direttori, esagerando la propria responsabilità, non si peritano di trattenere gli ammalati anche durante un lungo periodo di calma (E. Morselli)].

Bibliografia. — A. Foville, art. Folie à double forme, nel *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1872. [Dittmar, Ueb. regulatorische u. üb. cyklische Geistesstörung, Bonn 1877]. — L. Kirn, Die periodischen Psychosen; eine klinische Abhandlung, form. in-8, Stuttgard 1876. — J. Falret, La folie circulaire ou folie à formes alternes, negli *Arch. gén. de Méd.*, Parigi, dicembre 1878 e gennaio 1879. — Ritti, art. Folie à double forme, nel *Dict. encyclopédique des Sciences médicales*, Parigi 1879, e: Traité clinique de la folie à double forme, Parigi 1883. — A. E. Mordret, De la folie à double forme, Parigi, J. B. Baillière, 1883. — V. Magnan, De la folie intermittente; Comunicazione al Congresso internazionale di medicina di Berlino del 1890, nelle *Recherches sur les centres nerveux*, Parigi, Masson, 1893. [Fra gli autori italiani: Tonnini, La pazzia circolare; *Arch. ital. Mal. nerv.*, 1883 (buona bibliografia). — Altri lavori fondamentali da consultare sono: Emmerich, *Schmidt's Jahrbücher*, 1881, vol. CXC (per la storia completa della questione); Krafft-Ebing, Lehrbuch, V[a] edizione, parte 2, cap. 4°, pp. 447-480; Ritti, art. Circular Insanity, nel *Dictionnary* di Hack Tuke, vol. I, 1892, p. 214, con ricca bibliografia; Dehio, Ueber gewisse Formen d. periodischen Irreseins, *Congr. neurologi e alienisti Tedeschi del Sudovest*, Baden-Baden 1894 (E. M.)].

[II.

PARANOIA TARDIVA SISTEMATICA (E. M.)]

Sinonimia: Delirio di persecuzione ad evoluzione sistematica (Ballet [nel testo]); Delirio cronico (Magnan); Delirio cronico ad evoluzione sistematica (Magnan e Sérieux); Psicosi o follia sistematica [progressiva] (Garnier, [Régis]); Delirio cronico regolare (Camuset); Delirio sistematizzato progressivo (Cullerre); [*Verrücktheit* (in parte), tedeschi; *Mania of persecution, Delusional insanity of suspicion, Monomania of persec.*, ingl.; Primäre Verrücktheit (Westphal, Sander, Krafft-Ebing, Levinstein e autori tedeschi); Delirii sistematizzati primitivi (Buccola); Pazzia sistematizzata primitiva insorgente in una personalità sviluppata (Morselli e Buccola, 1883); Paranoia primaria (Arndt e Mendel); Paranoia cronica tipica (Schüle); Malattia di Lasègue (Ball, Régis); Monopsicosi di persecuzione (Clouston); Paranoia semplice con delirio primitivo (Scholz); Hallucinatorische Verrücktheit (Kirchhoff); Paranoia completa (Möbius); Paranoia allucinatoria cronica semplice (Ziehen); Paranoia tarda (Sommer) (E. Morselli)].

Storia e definizione. — Pinel ed Esquirol mettono fra i malinconici ed i lipemaniaci tutti gli ammalati, il cui delirio ha per carattere principale la tristezza. Ma questi ammalati debbono esser divisi in due gruppi molto differenti

l'uno dall'altro. Quelli appartenenti al primo, i veri malinconici, si accusano da sè, si considerano grandi colpevoli ed attendono il meritato castigo. Nel secondo gruppo si comprendono ammalati affatto diversi: invece di accusar sè stessi, accusano gli altri; invece di credersi colpevoli, si ritengono vittime: non sono adunque lipemaniaci, ma *affetti da delirio di persecuzione.*

Si è a Guislain (1) e specialmente a Lasègue (2) che spetta il merito di aver fatto ben rilevare questa importante distinzione. Lasègue, anzi, ha fatto di più. Egli non solo fece notare le differenze fondamentali che dividono le idee malinconiche da quelle di persecuzione, ma descrisse anche con perfetta esattezza il delirio sistematizzato di persecuzione, ben diverso da quello di persecuzione che può manifestarsi come epifenomeno dell'alcoolismo subacuto, della mania, della demenza senile, dell'epilessia, della paralisi generale. Ma questo autore non studiò, come confessa egli stesso, il delirio di persecuzione che nel suo periodo florido; trascurò di seguire gli ammalati attraverso tutte le trasformazioni che possono presentare nel loro delirio.

Il delirio di persecuzione può trasformarsi specialmente in delirio di grandezza. Già Spielmann (3) nel 1855, e dopo di lui B. Morel (4) e poi A. Foville (5), avevano insistito su di ciò. Questa trasformazione non è però costante, e, da questo punto di vista, conviene fare delle distinzioni fra le varie forme di delirio di persecuzione. Le une si manifestano più o meno improvvisamente, non hanno che una durata transitoria, guariscono prima che sia comparsa alcuna idea di ambizione; altre si manifestano a poco a poco, talvolta nell'età prima, tal'altra nella tarda, restano qualche volta inguaribili ma senza subire alcuna chiara trasformazione durante il loro decorso. Per contro, ve ne hanno altre, nelle quali si riscontrano dei notevolissimi periodi, sempre identici e che, in certo modo, si possono prevedere: a queste ultime, delle quali ci occupiamo in questo capitolo, si dà il nome di " delirio di persecuzione sistematizzato ". Si è a Falret (6) ed al suo allievo Magnan (7) che spetta principalmente il merito di aver messo bene in chiaro il decorso ed il modo di svolgersi di questi delirii a fasi successive regolari.

[Ma se ai due alienisti francesi tale merito non può essere, in verità, negato, bisogna anche aggiungere che la nosologia del " delirio cronico " o " delirio sistematizzato di persecuzione " quale essi lo intendono, aveva svegliato da molto tempo, in Germania soprattutto, un importantissimo problema. Qual era il rapporto fra i delirii sistematizzati e le due vesanie fondamentali, mania e melancolia? L'alterazione intellettuale, in cui proprio risiede il fenomeno morboso culminante della psicosi sistematica (non il solo, come lo farebbe supporre l'erronea designazione esquiroliana di " monomania intellettuale "), era, dessa, secondaria all'alterazione sentimentale, ovvero si svolgeva primitivamente? (*a*).

---

(1) Guislain, Leçons orales sur les phrénopathies, 3 vol., Gand 1852.

(2) Lasègue, Du délire de persécution, in *Arch. de Médecine*, febbraio 1852.

(3) Spielmann, Diagnostik der Geisteskrankheiten, Vienna 1855.

(4) Morel, Traité des maladies mentales, Parigi 1860, p. 266.

(5) Foville, Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs, Parigi 1871.

(6) J. Falret, Soc. médico-psychol., in *Ann. médico-psychol.*, 1881, vol. V.

(7) Magnan: *a*) Lezioni, nella *Gaz. méd. de Paris*, 1877; nel *Progrès méd.*, 1887-91. — *b*) P. Garnier, Des idées des grandeurs dans le délire de persécution; Thèse de Paris, 1877. — *c*) Gérente, Considérations sur l'évolution du délire dans la vésanie; Thèse de Paris, 1883. — *d*) Magnan et Sérieux, Le délire chronique à évolution systématique; *Encyclop. scientifique des Aides-mémoires*, Masson, Parigi 1892.

(*a*) Sulla storia della questione, consultinsi: Buccola, I delirii sistematizzati primitivi, *Rivista*

Quella dei delirii sistematizzati primitivi è una grossa, grossissima questione, che dopo essere stata risolta in senso negativo dagli alienisti tedeschi, oggidì si risolve oramai in senso affermativo. A ciò valsero le intuizioni del Griesinger (" *delirii primordiali* „), del Kahlbaum (" paranoia „), dello Snell (" *primäre Monomania* „): quindi, le belle scoperte di Sander (" *originäre Verrücktheit* „), di Samt (che distinse la forma allucinatoria), di Westphal (che vide l'innestarsi del delirio grandioso sul persecutorio) e di Krafft-Ebing (che mise l'ordine e la chiarezza sua solita nella nosografia della *Verrücktheit*). In Italia Buccola ed io, pei primi, dalla Clinica di Torino difendemmo e diffondemmo la dottrina clinica della " pazzia sistematizzata primitiva „ o, come la si disse ben presto da Arndt, Mendel, Amadei e Tonnini, Tanzi e Riva, della *Paranoia*, togliendo questo nome dai lavori poco noti, mal citati, eppure profondi del Kahlbaum. Contemporaneamente, però, se ne estendevano troppo i confini, e sotto la rubrica della " paranoia „ entrarono, con sommo equivoco della nosologia e della clinica, quasi tutte le psicosi caratterizzate da disturbi primitivi del pensiero (" paranoesie „ di Kahlbaum), cioè da allucinazioni, da idee deliranti e da errori di giudizio: quindi le forme sistematiche a decorso regolare e le non sistematiche, le acute e le croniche, le psiconeurotiche o vesaniche semplici e le degenerative, ecc. ecc.

È impossibile (e si comprende perchè) rifar qui la storia completa dell'argomento; ma basti il sapere che appena ora si comincia ad uscire dagli equivoci in cui ci hanno cacciato, specialmente, le pazzie confusionali o amenze allucinatorie con pseudo-delirii aggregate al quadro della " Paranoia „ e battezzate quali " paranoie acute „. Vi è ancora in taluni trattatisti un residuo del disordine apportato nelle idee psichiatriche da codeste forme malamente intrusesi fra le paranoiche (per es. in Levinstein-Schlegel e Ziehen, le cui classificazioni sono deplorevolmente confuse; in Kirchhoff che mescola ancora la *Wahnsinn*, la *Verrücktheit* e la *Verwirrtheit*, ecc.). Ma ormai la grande maggioranza, e dei più autorevoli, concorda nel limitare la designazione ed il concetto nosologico di " Paranoia „ alle psicosi funzionali semplici caratterizzate da un disturbo fondamentale dell'intelletto, da una deviazione della conoscenza, rispetto al quale disturbo quello del sentimento ha un'importanza, anzi un'origine affatto secondaria. Queste psicosi costituiscono il " gruppo delle Paranoie „ che si contrapporrebbe a quello delle " Paratimie „ in cui il disturbo primitivo risiede nel sentimento (mania, melancolia), e sarebbe anche diverso da quello delle " Disnoie „ in cui il disturbo medesimo consisterebbe nel disordinarsi ed estinguersi dell'attività intellettuale ed affettiva (confusione, amenza) (*a*).

Nel gruppo paranoico il primo posto spetta alle forme caratterizzate da delirio cronico, cioè da idee morbose con tendenza costante alla sistemazione, o, quanto meno, con tendenza a ripresentarsi come sindrome d'una costituzione psicopatica. Io per l'appunto ho posto le paranoie fra le anomalie, più che fra le malattie propriamente dette, perchè, siano esse tardive, come è la forma *princeps* descritta in questo capitolo del Trattato, siano esse originarie, come si

---

di Freniatria, VIII, 1882; Morselli e Buccola, Contr. clin. alla dottrina della pazzia sistematizzata primitiva, *Giorn. R. Accad. Med. di Torino*, 1883; Tanzi, in *Riv. di Fren.*, 1884; Magnan, Leçons cliniques, *passim; Mercklin*, *St. Petersburger mediz. Wochenschrift*, 1892, n. 35; Séglas, La paranoia, *Archives de Neurologie*, 1894-95.

(*a*) Veggansi la esauriente Memoria di Cramer, Abgrenzung und differential-Diagnose der Paranoia, in *Allg. Zeitschr. für Psych.*, vol. LI, 1894, fasc. 2°, pagg. 286-270; non che la discussione avvenuta in seno alla Società psichiatrica di Berlino, giugno 1894, ivi, fasc. 1°, pagg. 178-265 e fasc. 2°, pp. 488-491 (E. M.).

vedrà poi nel parlare delle psicosi dei degenerati, il loro sviluppo, per così dire, si compenetra con le fasi bio-psichiche della personalità (E. Morselli)]. Però non regna ancora l'accordo circa il posto che nosologicamente dobbiamo loro assegnare (1). Mentre pegli uni il delirio cronico non sarebbe che la forma più completa e più perfetta dei delirii di persecuzione, i quali si distinguerebbero l'uno dall'altro più per la loro fisionomia e pel decorso che per la loro natura, secondo Magnan [e i suoi numerosi e valenti allievi], al contrario, il delirio di persecuzione sistematico costituirebbe un'entità nosologica a sè, ben distinta da tutti gli altri delirii di persecuzione che apparterrebbero al gruppo complesso delle psicosi degenerative (2).

[Questo dissenso costituisce, forse, il problema principale della nosologia della paranoia. Premesso che i " delirii di persecuzione „, dei quali parlasi qui, corrispondono con più o meno grande esattezza alla " paranoia tardiva „ o " completa „ o " acquisita tipica „ della scuola psichiatrica tedesca ed italiana, dirò che anche in Germania, in Russia, ecc. si è divisi intorno all'indole di essa. Vi è chi la giudica sempre come degenerativa (per esempio Krafft-Ebing, Sommer, Bechterew, Kowalewsky, Schüle nella 1ª ediz., ecc.), e vi è chi vuole tenere distinte, come fa più oltre il Ballet, le forme dovute a degenerazione, massime ereditaria, dalle altre che vengono ordinariamente poste fra le vesanie (per esempio Schüle nella 3ª ediz., Dornblüth, Scholz, Kirchhoff, ecc.). Un terzo gruppo propende a lasciare indecisa la questione, pur descrivendo forme diverse di paranoia, fra cui l'originaria, e anche forme paranoidi non bene determinate (per es. Kraepelin nella 4ª ediz.). Per mio conto dapprincipio mi limitai ad avvertire che vi erano " pazzie sistematizzate primitive „ svolgentisi in personalità incomplete, ossia degenerative, ed altre che invece insorgevano a completo sviluppo della personalità, ossia accidentali (1882-83); ma poi, trascinato anch'io dalle tendenze in allora esagerate della scuola, rifusi tutte le paranoie in un solo gruppo che misi fra le " degenerazioni psichiche „ (1883-85). Oggi intanto, fatto più esperto dalla ripetuta osservazione clinica, ritorno al mio primitivo concetto, che era forse una anticipata intuizione delle idee odierne; e propendo a credere che se nel maggior numero dei casi la paranoia sistematica tardiva (quella originaria e le congeneri forme paranoidi lo sono sempre) è di origine degenerativa, in altri casi non lo sia e solo rappresenti una psicosi da indebolimento cerebrale (*a*). Sul termine " degenerazione „ bisogna però intenderci, e più innanzi si vedrà come essa vada compresa al presente, non più soltanto quale significazione ed effetto di un'eredità aggravata, ma anche quale risultato di un'invalidità acquisita dell'organo psichico: nel qual caso " psicosi degenerativa „ esprimerebbe piuttosto il concetto di un esito in deterioramento progressivo delle facoltà più alte (come avverrebbe nella " degenerazione morale „ del bevitore, del morfiomane, ecc.), che non il concetto di una particolare origine della psicosi (*b*) (E. Morselli)].

---

(1) Discussione alla Società medico-psicologica di Parigi, 1888.

(2) G. Ballet, Du délire de persécution à evolution systématique; Lezione, nel *Progrès médical*, 19 novembre 1892.

(*a*) Un concetto non dissimile trovasi enunziato da Amadei e Tonnini, La paranoia e le sue forme; *Arch. ital. per le Mal. nerv. e mentali*, 1883-84.

(*b*) Forse fu per un equivoco sul valore del termine " degenerazione „ che il Raggi criticò acerbamente le idee della nostra scuola intorno alla natura fondamentale della paranoia (Cfr. la sua Memoria: Dell'elemento degenerativo nella genesi dei così detti [?] delirii primitivi sistematizzati; *Arch. ital. Mal. nerv. e ment.*, 1884). Mi preme osservare che fino dal 1883 io mi espressi chiaramente (loc. cit.) circa al non considerare il termine *degenerazione* come equivalente di *ereditarietà aggravata e progressiva* (E. M.).

Qualunque sia il giudizio che al proposito si voglia pronunciare, noi crediamo ragionevole trattare del delirio sistematizzato progressivo in un capitolo a parte.

Sintomi. — La paranoia tardiva sistematica o delirio di persecuzione a evoluzione sistematica, che, per evitare ripetizioni, chiameremo anche indifferentemente delirio cronico o psicosi sistematica progressiva, benchè la prima definizione ci sembri migliore, è caratterizzata, come già dicemmo, [dal suo insorgere su di una personalità già completata (E. M.)], dal suo decorso regolare, e dalle sue trasformazioni sempre identiche l'una all'altra e perciò prevedibili esattamente.

A. **Inizio.** — L'affezione comincia in un periodo relativamente avanzato della vita, mai nell'infanzia, sempre nell'età adulta, ordinariamente dai 35 ai 45 anni. Gli individui che ne vengono colpiti non presentano, in generale, alcuna anomalia intellettuale o morale notevole, prima del momento in cui scoppia la malattia. Questa doppia caratteristica, se avesse il valore che le si volle attribuire, basterebbe a differenziare il delirio cronico [o paranoia tardiva] dai delirii di persecuzione dei degenerati [o paranoia originaria] che, come vedremo, possono manifestarsi precoci nell'adolescenza, ed anche nell'infanzia, in ammalati che prima del delirio si erano fatti notare pella loro tendenza alla depressione od all'esaltazione, per la loro timidezza, per la loro misantropia, per la loro diffidenza, per la loro intelligenza corta o squilibrata, per le loro bizzarrie. [Ora, il valore non diremo assoluto (chè non si dà in patologia, e men mai in patologia mentale, un fenomeno clinico esclusivo ad una qualsiasi malattia o condizione anomala o morbosa), ma il valore per lo meno altissimo di questo criterio differenziale apparirà evidente a chiunque guardi all'indole della paranoia originaria. La quale è un'affezione connaturata con la evoluzione della personalità, e pertanto un'affezione di cui la determinazione clinica consiste nella sua *storia* messa a raffronto con la *storia intera della vita individuale*, e in cui le fasi iniziali e successive della malattia si sovrappongono alla raffigurazione sintetica che potremmo farci della personalità dell'ammalato lungo tutta la sua esistenza, dalla infanzia in poi. All'opposto la paranoia tardiva, di cui propriamente qui si discorre, si svolge quando la personalità è evoluta: essa ha, dunque, un principio, e la sua storia deve essere messa in relazione con la *storia parziale di un determinato periodo della vita individuale*. Ed allora vediamo perfettamente quello che io e Buccola, forse primi, affermammo sino dal 1883; che nelle discussioni intorno alla paranoia ed ai delirii primitivi cronici in genere sono completamente inutili tutti i casi che non vennero raccolti direttamente dall'alienista e le cui manifestazioni anomale non sono minutissimamente analizzate, a così dire, giorno per giorno nella storia della vita intera dell'individuo (E. Morselli)].

B. **Stadii.** — Benchè regni l'accordo circa gli stadii principali pei quali passa il delirio sistematizzato nel suo decorso, pure fra gli autori esistono alcune divergenze circa i particolari, così che questi varii stadii si classificano in modo alquanto vario.

Giulio Falret ammette quattro stadii nel delirio sistematizzato: 1° periodo di interpretazione delirante: 2° periodo delle allucinazioni dell'udito, o periodo stazionario; 3° periodo dei disturbi della sensibilità generale; 4° periodo stereotipato o delirio di grandezza. Magnan riunisce in uno solo il secondo e terzo

periodo di Falret; di più ammette un ultimo stadio, o periodo di demenza, non ammesso da Falret. Noi esporremo in seguito la nostra opinione circa queste divergenze; e intanto descriveremo nel delirio sistematizzato progressivo i quattro seguenti stadii [principali]: 1° fase di incubazione e di interpretazione delirante [divisibile in due periodi successivi]; 2° fase delle idee di persecuzione e delle allucinazioni; 3° fase delle idee ambiziose; 4° fase di demenza.

[È consimile, a un dipresso, la distinzione ormai adottata pei periodi successivi della paranoia sistematica tardiva dagli psichiatri che hanno potuto formarsene un concetto esatto, poichè, a dir vero, non tutti sono d'accordo circa questa vesania, nè tutti ha convinto ancora la necessità di costrurre la diagnosi sulla conoscenza il più possibilmente completa della storia dell'ammalato. Lo Ziehen divide la sua forma tipica della " paranoia cronica semplice „ in quattro stadii: 1° prodromico; 2° delle idee di persecuzione; 3° delle idee complementari di grandezza; 4° della pseudodemenza. Così, egli dice, si ha il quadro della vesania designata da alcuni, da Möbius e da Kraepelin per esempio, come *paranoia completa*. Però il Kraepelin, anche nell'ultima edizione del suo Trattato, non sembra attribuisca molto valore alla evoluzione del delirio paranoico: egli la indica sommariamente divisibile in tre sole fasi, che dice di *preparazione*, di *svolgimento d'un dato sistema delirante*, e di *indebolimento psichico* preceduto dalla così detta " trasformazione „; ma non risparmia critiche, un poco superficiali ed affrettate per dir vero, alle idee del Magnan. Lo Schüle è ancora meno favorevole a codeste idee: per lui, nel " delirio sistematizzato cronico di persecuzione „ il delirio ambizioso si aggiunge al depressivo come una complicazione. Il Krafft-Ebing, per sua parte, ha inteso meglio la cosa quando accenna alla trasformazione del delirio, che avverrebbe però solo in un terzo dei casi della sua " forma tipica della paranoia acquisita (tardiva) „; pertanto la legge generale della evoluzione delirante gli è sfuggita, o, per lo meno, non lo ha persuaso. Altrettanto dicasi del francese Dagonet, che descrive bensì una " forma megalomaniaca (?) del delirio di persecuzione „, ma dice la dottrina della successione delle fasi " contraddetta dai fatti clinici „: il che è falso (*a*).

Io, per mio conto, appunto dall'esame accurato dei fatti clinici e dallo studio sereno della questione, sono stato condotto negli ultimi anni a dividere il corso della paranoia tardiva sistematica in cinque periodi che designo così: 1° periodo *apprensivo* (contrariamente a quanto ammettono per lo più gli autori, ora lo ritengo di origine emozionale, o, meglio, cenestetica); 2° periodo *psico-sensoriale* o delle allucinazioni (vi è eccitamento autonomo dei centri psico-sensorii e spesso anche degli psico-motorii, massime del centro verbale); 3° periodo *delirante egocentrico* o di persecuzione (qui va propriamente la fase interpretativa per allegorizzazione dei disturbi precedenti); 4° periodo *delirante metabolico* (reazione alla ostilità dell'ambiente mediante la ipertrofia e trasformazione del concetto di personalità); 5° periodo *dissolutivo* (decadenza mentale). Naturalmente non tutti i casi percorrono questi stadii, ed è soprattutto ora nell'insorgere precoce o ritardato delle allucinazioni del secondo periodo, ora nella rapida combinazione delle idee persecutorie ed ambiziose, ora perfino nel quasi contemporaneo sviluppo dei disturbi sensoriali e ideativi, che risiedono le varietà cliniche della vesania sistematica; ma questa non è in

---

(*a*) Per la questione qui trattata veggansi Ziehen, loc. cit., pag. 379; Schüle, III^a^ ediz., pag. 152; Kraepelin, IV^a^ ediz., p. 426; Krafft-Ebing, V^a^ ediz., p. 414; Dagonet, ult. ediz., p. 362. Fra i più recenti stranieri che hanno accettato la genuina dottrina del Magnan indicherò Korsakoff di Mosca e Teixeira Brandao di Rio Janeiro (cfr. Da Rocha, Ensajo de Estadistica, S. Paulo, Brazil, 1895) (E. M.).

ciò diversa dalle altre affezioni psichiche o fisiche, le quali *tutte* hanno una forma nosografica (tipo) e delle forme cliniche, non raramente " fruste " (individualità) (E. Morselli)].

C. **Descrizione** — 1° **Periodo.** — Periodo di incubazione [o di apprensione (*a*) (E. M.)]. — La paranoia tardiva ha un inizio subdolo. L'ammalato, in sul principio, prova un senso di malessere indefinito, del quale non sa riconoscere la causa; diventa irritabile, nervoso, di poi ombroso ed irrequieto; [spesso si fa taciturno, e compare una misantropia ingiustificabile (E. M.)]: egli si isola, si allontana dagli altri e dimostra anche verso i suoi famigliari una diffidenza senza ragione. Le persone amiche, i parenti si meravigliano di tale cambiamento di abitudini e di modi di agire, ma nulla ancora può far loro prevedere la gravità del fatto. [Certe volte si rendono più evidenti le piccole bizzarrie di carattere che ognuno porta con sè dalla nascita: ad esempio, vi è chi diventa più egoista, chi si abbandona ad atti espansivi insoliti per tornare a rinchiudersi nella propria cupezza, chi trae occasione da ogni minimo incidente per dichiararsi *infelice, sfortunato, non amato nè compreso abbastanza.* Non raramente insorgono vaghe preoccupazioni ipocondriache, sensazioni di ansietà, di cardiopalmo, di stanchezza cerebrale, ecc., sulle quali si effettua, per arresto inibitorio, un lavoro incessante di attenzione (*b*). Morel già aveva avvertito come fosse frequente nei prodromi della " monomania persecutoria " una fase ipocondriaca: ma io ho osservato che per lo più non si tratta di idee ipocondriache ben nette e men che mai accennanti a sistemazione, bensì di una rappresentazione (verbale) molto indeterminata di pericoli, di uno stato indefinibile di apprensione. È una vera apprensione predelirante con sindromi neurasteniche. Questa fase può passare inosservata, può essere brevissima, o durare molto tempo: io ho avuto casi in cui essa si è presentata anche a forma remittente (psicastenia circolare). Soprattutto nelle paranoie tardive che si sviluppano in donne all'età climaterica, la fase apprensivo-ipocondriaca è evidente: talvolta compaiono anche turbe isteroidi, e perfino turbe isteriche decise (crisi di lagrime, tremore, moti convulsi, ecc.), le quali poi *si dileguano* senza più apparire, escludendo così che siano paranoie isteriche.

Donde nasce tale apprensione, che si potrebbe anche dire " stato esitante della paranoia "? È dessa l'effetto di impressioni cenestetiche penetranti nella coscienza, oppure è il lato emotivo penoso delle primissime idee di ostilità da parte del mondo esterno rappresentantisi alla coscienza? La questione è difficilissima a risolvere. Accenno di sfuggita che, volendo introdurre in Psichiatria le teorie odierne sulla origine delle emozioni (James, Lange, Sergi) (*c*), si dovrebbe modificare assai la dottrina della origine primitivamente intellettuale dei delirii paranoici. E invero chi rifletta che il fondamento della vita psichica è sempre l'affettività o la sensibilità, deve propendere a cercare le sorgenti del disturbo ideativo caratteristico delle paranoie nella sfera dell'emotività: lo prova l'in-

---

(*a*) Il decorso di questa prima fase è, nel testo di Ballet, troppo accorciato. Cfr. le descrizioni classiche del Falret (in *Ann. médico-psych.*, 1881); del Ritti (in *Dict. encycl.* di Dechambre, 1887); e un eccellente lavoro del Parant (in *Dictionnary of psych. Med.*, vol. II, p. 925) (E. M.).

(*b*) Anzichè ad un allargamento, questo fenomeno morboso di introspezione costituisce un restringimento della coscienza, poichè di tanto si va infiacchendo l'energia di osservazione dei fatti esteriori di quanto diviene più intensa la immissione delle impressioni organiche nel campo appercettivo (E. M.).

(*c*) Sulla natura delle emozioni, cfr. James, What is the emotion? *Mind*, 1884; Lange, Ueb. Gemüthsbewegungen, trad. ted. dal danese, 1887; Sergi, Dolore e piacere, Milano, Dumolard, 1893.

sorgere spontaneo di esso, quasi sortisse all'improvviso dai bassi-fondi della coscienza o, conforme alla terminologia in uso, dal subcosciente e dall'incosciente. È probabile che le imagini e le emozioni del sonno, legate come sono più direttamente cogli stati delle cenestesi, ed associantisi in modo autonomo nei sogni, abbiano parte nel suscitare questi stati di ansietà e queste indefinibili sensazioni di malessere della fase paranoica iniziale (*a*). Ad ogni modo, nel disturbo primordiale della paranoia il lato rappresentativo (intelletto) prende subito il sopravvento sul lato sentimentale (emotività) (E. Morselli)].

[2° **Periodo.** — Periodo egocentrico o di interpretazione delirante. — Noi abbiamo visto che l'ammalato, ora esagerando e ora cangiando o pervertendo affatto (ed è il caso più frequente) il proprio carattere, era divenuto scontroso e diffidente (E. M.)]. Ben presto però, la diffidenza si cambia in accuse chiare; l'individuo, [che più tardi si rivelerà] affetto da delirio di persecuzione, già si lamenta che lo si osserva troppo, che lo si guarda di mal'occhio, che per la strada i passanti fanno dei segni riguardanti la sua persona e parlano a bassa voce di lui: i più insignificanti incidenti sono fin d'ora interpretati nel senso di una persecuzione positiva ed organizzata; una finestra aperta, un pannolino sbattuto dal vento, un grido di bambino, costituiscono altrettanti indizii che l'ammalato invoca per sostenere la sua convinzione morbosa. Tale continua preoccupazione dei fatti della minima importanza, degli incidenti insignificanti, fa uno strano contrasto colla relativa indifferenza che tali alienati dimostrano pei fatti che li dovrebbero interessare: i disastri finanziari, i lutti domestici, i grandi avvenimenti politici li colpiscono meno di un gesto di malaugurio, meno di una occhiata male interpretata. L'ammalato è interamente assorto nel suo delirio che occupa tutta la sua attenzione ed ogni sua attività. [E infatti, l'insieme dei rapporti suoi col mondo esterno viene già unicamente percepito e concepito in senso *egocentrico:* l'ammalato si raffigura d'essere come il centro al quale convergono gli sguardi dell'universale, e intorno al quale gravita, per così dire, tutto il consorzio civile o, per lo meno, quella parte di questo consorzio che ha con lui rapporti più diretti (*b*). Poichè è bene porre fin d'ora in vista un fatto, che non mi sembra rilevato in genere dagli alienisti quanto forse lo merita; ed è che tutto il lavorìo morboso della paranoia, sia esso sensoriale, o ideativo, o emotivo, concerne i rapporti dell'individuo col suo ambiente sociale (*c*). Io ho detto altrove che il delirio sistematico paranoico è un delirio di relazione ostile fra l'io e l'ambiente: e l'ostilità, infatti, prima si manifesta in modo centripeto, *egocentrico*, cioè dall'ambiente verso e contro l'io (fase persecutoria), poi in modo centrifugo, cioè dall'io verso e contro l'ambiente (fase ambiziosa, non raramente associata a reazioni persecutrici da parte del presunto " perseguitato "). Nel primo stadio vi è una specie di preparazione più o meno consapevole dello stato di ostilità, che poi scoppierà decisa ed implacabile col sorgere delle allucinazioni (E. Morselli)].

(*a*) Un bellissimo lavoro su questa origine dei fenomeni allucinatorii e deliranti è quello di De-Sarlo, L'attività psichica incosciente in patologia mentale; *Riv. sper. di Fren.*, 1891, pp. 97 e 201. Buone considerazioni svolge pure il Del Greco in una sua memoria: Sull'evoluzione del delirio paranoico; *Il Manicomio moderno*, X, 1894, n. 3 (E. M.).

(*b*) Giustamente il Meynert chiamò questo il " delirio di osservazione " (*Beachtungswahn*, *Beobachtungswahn* (E. M.).

(*c*) La migliore e più originale dottrina sui rapporti fra i disturbi ideativi dei deliranti e le relazioni tra individuo umano ed ambiente è quella di Ch. Mercier, The Nervous System and the Mind, 1888; — Sanity and Insanity, 1890; — e: Art. " Consciousness " in *Dict. of psych. Med.*, I.

Giunti a questo stadio riesce quasi impossibile l'errore di diagnosi: la forma di alienazione, che pel passato potè passare inavvertita, si manifesta con tutta la sua chiarezza. Per quanto reticente, e ciò accade spesso di osservare, l'individuo affetto da delirio paranoico o primitivo di persecuzione è indotto a comunicare altrui le preoccupazioni che l'opprimono ed i tormenti di cui soffre. I fatti, dei quali si lagna, si riferiscono, come ben fa notare Lasègue, meno a fatti recenti che ad incidenti antichi, alcuni dei quali sono anche più vecchi in data del primo manifestarsi del delirio. [Questo collegare il presente col passato, quasi sempre sulla base di illusioni di memoria o paramnesie, dà luogo ad un fenomeno caratteristico delle paranoie, che vien detto " delirio palingnostico " (E. M.)].

Del resto, la condotta dell'ammalato, come il suo contegno ed il suo linguaggio, può già da sè sola rivelare il disturbo mentale da cui è affetto. In questo stadio il perseguitato si lascia qualche volta trascinare anche ad atti violenti: per la strada, ad esempio, insolentisce o batte un passante inoffensivo per vendicarsi di uno sguardo malevolo o di una parola fuor di proposito o malintesa. Altre volte per sfuggire ai suoi nemici, si mette in viaggio; trascura i suoi affari, la casa, la famiglia, e corre di città in città per cercare tranquillità, che sempre gli sfugge: questo continuo cambiamento di domicilio può, invero, talvolta far nascere una calma passeggera. Foville ha magistralmente descritto le singolari peregrinazioni di questi *alienati migranti o viaggiatori* (1). Alcuni ammalati scrivono lettere di protesta alle autorità, ai magistrati, al Prefetto, si recano direttamente alla Polizia, e, come fa notare Falret, denunciano essi stessi il loro stato mentale col pretesto di cercare protezione, e si fanno rinchiudere volendo così dare occasione all'arresto dei loro presunti persecutori.

In questo stadio dell'affezione non si hanno disturbi psico-sensoriali od almeno allucinazioni: tutto si limita ad *interpretazioni deliranti* [o, meglio, *allegoriche* (E. M.)], e a qualche *illusione*. [Queste interpretazioni allegoriche però bastano per sempre più consolidare nell'ammalato una convinzione che già profondamente s'era innestata da molto tempo nella sua mente. Intanto vi sono casi in cui, subito dopo la fase apprensiva e persino durante il decorso di essa, per un precoce sovreccitamento dei centri corticali, insorgono disturbi psico-sensoriali: le stesse ansietà ipocondriache, di cui abbiamo parlato, sono senza dubbio create ed alimentate da allucinazioni organiche, viscerali, il che porterebbe sempre più a ritenere che le paranoie hanno, al pari delle melancolie, un'origine cenestetica.

Un quesito importante è quello della condizione in cui versa la *coscienza* dell'ammalato (*a*). Ha questi coscienza della morbosità del suo stato? s'accorge egli del dissesto che si va ordendo nella sua intelligenza? Queste due forme di consapevolezza non mancano nella paranoia, almeno durante un certo tempo. Molti infermi comprendono benissimo che *qualche cosa di morboso* si svolge nel loro io: le preoccupazioni ipocondriache ne sono una prova. Alcuni capiscono anche la natura patologica delle prime allucinazioni, e non giungono a considerarle reali e ad obbiettivarle senza lunghe esitanze. Ve n'è persino di

---

(1) Foville, Les aliénés voyageurs ou migrateurs, negli *Ann. médico-psychol.*, luglio 1875. — Tissier, Les aliénes voyageurs, Essai méd.-psychol., Parigi 1887. [Sulle fughe dal domicilio veggasi Sollier, Guide prat. des Mal. mentales, Parigi 1892, pag. 389; — Morselli, Man. di Sem., vol. II, pag. 700].

(*a*) Cfr. Pick, Ueber Krankheitsbewusstsein bei psych. Kranken; *Archiv f. Psych. u. Nerven.*, vol. XIII — Mercklin A., Ueber das Verhalten des Krankheitsbewusstseins bei der Paranoia; *Allg. Zeits. f. Psych.*, LI, 1894, fasc. 3°, p. 579.

quelli che, pur già interpretandole in senso delirante, ridono di queste loro paure. Ma la paranoia finisce sempre coll'infiggere la nuova, morbosa credenza e col togliere all'ammalato la coscienza della sua malattia (E. Morselli)].

3. Periodo. — Periodo delle allucinazioni e del delirio di persecuzione (*a*). — La comparsa delle allucinazioni uditive segna l'inizio del terzo periodo dell'affezione. Le idee di persecuzione [o, per lo meno, le allegorizzazioni], come vedemmo, le precedono; non sono quindi le allucinazioni che determinano il delirio: sono esse, per contro, la conseguenza del disturbo mentale primitivo; ma quando si sono manifestate, forniscono nuovo alimento alle idee morbose (*b*). Dapprima esse consistono in rumori vaghi: si tratta di ronzìo, di fischi, di suon di campane; poi di parole, ma pronunciate a bassa voce, anzi a voce così bassa che l'ammalato puo appena capire quanto crede gli si dica. Le parole vengono poi percepite più distintamente, quasi fossero pronunciate ad alta voce: si tratta di espressioni malevoli, ingiuriose: " Porco, maiale, sodomista, ladro, assassino, [vigliacco, poltrone ", oppure nomignoli osceni (E. M.)]. Vengono poi brani di frasi o frasi intere, generalmente molto brevi: " È lui, eccolo, ammazzalo ". Le voci sembrano venire dal soffitto, dai muri, dal camino. Talvolta provengono di lontano, tal'altra da vicino. L'ammalato le sente alla sera, alla notte, quando è solo, ma anche per la via; alcuni rumori possono ridestarle, un'acqua corrente, un pendolo che segna i secondi, il rumore di una locomotiva o di una carrozza. Le allucinazioni sono di rado continue, ma quasi sempre intermittenti; possono cessare per influenza di un viaggio o per cambiamento di domicilio, [ma spesso, anzi, il viaggiare le esalta, forse perchè la fatica induce maggiore esaurimento e quindi debolezza irritabile dei centri nervosi (E. M.)].

In uno stadio più avanzato dell'affezione l'eretismo del centro delle immagini verbali uditive è tale, che ogni pensiero dell'ammalato si traduce sotto forma di viva immagine allucinatoria (*c*). L'individuo affetto da delirio di persecuzione sente dal di fuori in modo sempre più preciso il suo stesso pensiero, [in altri termini, sempre più lo esteriorizza (E. M.)]: a lui sembra che un'eco glielo ripeta; questo è il fenomeno che passa sotto il nome di *eco del pensiero*. In certi casi accade che, se egli eseguisce un atto qualsiasi, se si soffia

---

(*a*) [Alcuni alienisti dividono questo periodo in due fasi: quella allucinatoria e quella persecutoria. È invero generalmente le allucinazioni precedono per un tempo vario, talvolta anche lungo, le idee di persecuzione. Ma bisogna ricordarsi coi Tedeschi che il decorso della paranoia tardiva non è tanto regolare come parrebbe al Magnan ed alla sua scuola. Nella sua forma completa, senza dubbio, si seguono regolarmente gli stadii progressivi, dall'apprensione alla demenza (se proprio è sempre una " demenza " lo stadio terminale della paranoia tardiva); ma vi sono casi in cui le allucinazioni vengono solo nello stadio megalomaniaco, anzi ne affrettano talora improvvisamente lo scoppio. In altri casi le allucinazioni sono il primo fenomeno morboso che si impone alla coscienza dell'ammalato: l'interpretazione delirante viene molto tempo dopo. V'è, infine, l'eventualità che le allucinazioni stesse manchino, almeno come " disturbi sensoriali ": esistano, invece, soltanto nella sfera ideativa come illusioni psichiche, o paramnesie (E. M.)].

(*b*) [Il Del Greco dice con molta finezza, parafrasando il Meynert, che " le allucinazioni acustiche del paranoico cronico... riunite come sono in un *motto* che ha un *senso preciso* " suppongono già formato nella mente dell'infermo il modo persecutorio di appercepire (loc. cit. estr., pag. 18). In una nota precedente (pag. 92, *b*) ho dichiarato l'errore in cui cadono quegli alienisti che considerano l'allucinazione come un disturbo subbiettivo di percezione (?); qui ne abbiamo una prova, là dove appunto il fenomeno allucinatorio parrebbe manifestarsi nella sua più genuina espressione (E. M.)].

(*c*) [Sulle allucinazioni verbali uditive veggasi Séglas, Les troubles du Langage, 1893. — Morselli, Man. di Sem., vol. II, pag. 369-380 (E. M.)].

il naso o si spoglia, le voci provenienti dall'esterno gli dicono quanto ha fatto. Allora l'ammalato è convinto " ch'egli non è più padrone del suo pensiero, che questo gli venne tolto „. *Tutti sanno* ciò che egli fa, ciò che pensa, quanto soffre; e se lo si interroga, spesso, con un'aria quasi canzonatoria, risponde: " Perchè domandarmelo? voi sapete tutto, quanto io stesso „.

Ogni allucinazione verbale uditiva, purchè incosciente e purchè interpretata come sensazione reale, fa supporre uno *sdoppiamento della personalità*. E invero, l'ammalato, che soffre tali disturbi, attribuisce a due personalità diverse le immagini uditive che nascono nel suo cervello: mentre riconosce la vera natura delle une, attribuisce le altre a personalità estranee al proprio io. Questo sdoppiamento della personalità va sempre più accentuandosi coll'aggravarsi del delirio di persecuzione. In sul principio, quando non si hanno ancora allucinazioni uditive, non si ha sdoppiamento; più tardi, nello stadio delle allucinazioni verbali semplici, esso è rudimentario; si aggrava quando interviene il fenomeno dell'eco del pensiero; finalmente, diventa spiccatissimo negli stadii più avanzati della malattia. Di fatti, allora non è più il *suo pensiero* che sente ripetere; i suoi presunti interlocutori non si contentano di rispondere alle domande che egli mentalmente si impone, ma " gli vengono tolte le idee prima ancora che egli abbia avuto il tempo di concepirle „... " gli si dicono delle cose che egli non comprende, alle quali egli stesso non avrebbe mai pensato „; e questo stadio già confina colla *trasformazione* della personalità. L'ammalato assiste spettatore a conversazioni, a dialoghi che si fanno a lui d'intorno. Sente voci che accusano, altre che difendono, mentre alcuni uditori ridono, altri motteggiano, applaudono o protestano. [Talvolta i misteriosi interlocutori fanno attorno a lui, nella strada, nel piano sottostante, una vera gazzarra: egli allora si tappa le orecchie, si benda la testa, cerca gli angoli più nascosti (E. M.)]. Se l'ammalato parla parecchie lingue, talvolta usa [nei suoi fenomeni allucinatorii] di quella che conosce meno, più spesso di quella che conosce meglio. Se cambia residenza e viaggia in paese straniero, non patisce allucinazioni, almeno nella lingua di questo nuovo paese, finchè non l'abbia imparata; e tutto ciò si comprende facilmente.

Le allucinazioni sono d'ordinario estese ad ambo gli orecchi; ma possono anch'essere *unilaterali* (1) (Calmeil, Moreau, Michèa, [Seppilli]). Altre volte, pur essendo bilaterali, sono diverse per carattere a destra ed a sinistra; mentre, ad esempio, dall'orecchio destro ode delle cose piacevoli, a sinistra ne sente di ingiuriose (2). [Questa scissione dei fenomeni allucinatorii è, in certi casi, spiegabile con lesioni fisiche dell'apparato uditivo, con una ipereccitabilità del nervo acustico; il che si desumerebbe anche dalle note esperienze del Buccola sulla reazione galvanica di questo nervo, avendo egli trovato non solo che negli allucinati esistono numerose anomalie della formula elettrodiagnostica, ma che era pur possibile svegliare artificialmente certi fatti allucinatorii da un solo orecchio. Ma nel maggior numero dei casi deve esistere eretismo dei centri cerebrali percettivi, come provarono Guicciardi e Tanzi mettendo in rilievo con indagini psicometriche che i paranoici allucinati acustici spesso dànno un curioso affrettamento del tempo di reazione (*a*) (E. Morselli)].

---

(1) Régis, Des hallucinations unilatérales, in *Encéphale*, 1881; e Seppilli, *Riv. sper. di Fren.*, vol. XVI, fasc. I.

(2) Magnan, Des hallucinations bilatérales de caractère opposé suivant le côté affecté; *Archives de Neurologie*, 1883.

(*a*) Cfr. Buccola, loc. cit., *Riv. di Fren.*, XI, 1885, pag. 67; Guicciardi e Tanzi, Il tempo di reazione negli allucinati acustici paranoici, ivi, X, 1884, p. 357.

Alle allucinazioni uditive si aggiungono abbastanza spesso delle allucinazioni *psico-motorie* (Séglas), o *motrici verbali* (Ribot), [o, meglio, *verbo-motorie* (Morselli), le quali poi sono le tanto discusse] “ allucinazioni psichiche „ di Baillarger. Esse dipendono dall'eretismo del centro delle immagini verbali motrici (3ª circonvoluzione frontale). Gli ammalati, che ne sono affetti, odono delle voci, non più esterne come nell'allucinazione uditiva, ma interne. I loro persecutori parlano dentro di loro, e loro rubano le parole. “ Esiste, diceva un ammalato di Baillarger, nel mio petto, nella regione epigastrica, come una lingua che parla affatto internamente „. D'ordinario queste allucinazioni non compaiono che dopo quelle dell'udito, le quali sono molto più importanti. Ma vi hanno dei casi, ed io ne descrissi uno (1), nei quali esse si manifestano indipendentemente da qualsiasi allucinazione uditiva.

[Le allucinazioni verbali, siano esse uditive o verbo-motorie, appartengono alle disfasie ipermnestiche (*a*); sono, cioè, una esagerazione morbosa del linguaggio interno. Questa può prendere tutti gli elementi endofasici, e manifestarsi ejettivamente coi fenomeni della logorrea e graforrea combinate e totali, e subbiettivamente con la ideorrea (*Ideenflucht* dei Tedeschi); ma può pure l'eccitazione riguardare un solo elemento verbale, l'acustico, il motorio, il visivo, ecc., e ciò a seconda, forse, che l'individuo appartiene normalmente all'uno o all'altro tipo di endofasia (*b*), o a seconda che l'eccitamento morboso incoglie l'uno più che l'altro centro di imagini verbali. Il fenomeno morboso ha varii gradi (Tamburini, Séglas). Dapprima vi è semplice intensificazione del linguaggio interno; poi le imagini acustiche o sensoriali si intensificano senza partecipazione dell'elemento psicomotore; in un terzo grado, lo stimolo si diffonde al centro verbomotorio, e l'ammalato, pensando, deve articolare intensamente nel suo interno le parole: ed ecco la fase delle allucinazioni psicosensoriali o psichiche di Baillarger. Se la irritazione cresce, si ha formazione di un impulso psicomotore che va fino agli organi esterni della favella, e l'infermo ha delle vere allucinazioni verbali psicomotrici (“ gli muovono la lingua, le labbra „, ecc.). Da ultimo, la stimolazione si scarica per le vie motrici, e si ha la articolazione completa o la pronunzia distinta delle parole: così siamo giunti all'*impulsione verbale*, che l'ammalato non tarda ad allegorizzare (“ lo obbligano a parlare „). Molti di costoro finiscono con il mutismo più assoluto: altri serra spasticamente la lingua fra i denti (E. Morselli)].

Le allucinazioni della *sensibilità generale* hanno una parte importante nella storia clinica del delirio di persecuzione. Possono intervenire contemporaneamente a quelle dell'udito, od anche, in via eccezionale, precederle. In generale però, come fece notare G. Falret, si osservano in un tempo abbastanza lungo dopo di queste. L'ammalato si lagna che lo si pizzica, che lo si brucia, che lo si elettrizza a distanza: gli si strappa il midollo, gli si tanaglia la testa, lo si spruzza con acido solforico, lo si divora internamente, lo si dissangua. Le espressioni ed i paragoni, che i paranoici usano per esprimere le sofferenze ed i tormenti che loro si fanno subire, hanno molto dell'immaginario, qualche volta sono singolarmente pittoreschi, ma, in genere, sempre strani. [In molti casi conviene accettare le loro espressioni come pure metafore: che anzi, ben di sovente, un paragone puramente allegorico viene poi trasformato nel

---

(1) G. Ballet, *Semaine médicale*, 4 novembre 1891.

(*a*) Cfr. Morselli, Man. di Sem., vol. II, p. 364.

(*b*) Sui tipi individuali del linguaggio interno, cfr. l'art. Afasia di Brissaud in questo *Trattato:* più Saint-Paul, Étude sur le langage intérieur, Lyon 1892; Morselli, Man. Sem., II, pag. 348.

nucleo (verbale) delle successive combinazioni deliranti (E. M.)]. Un'ammalata di Baillarger accusava i suoi nemici di tirare su di lei, attraverso i muri, con dei piccoli cannoni, che paragonava ai fiammiferi di fosforo introdotti allora in commercio: essa era avvertita dell'esplosione di questi cannoni da dolori interni che provava talvolta in uno, tal'altra in altro punto del corpo.

Le allucinazioni del *senso genesico* (1) sono frequenti, soprattutto nella donna. La quale, in preda a delirio di persecuzione, non è restìa nel confidarsi e pretende di essere stata violata, di essere stata resa incinta, che si attenta al suo pudore di giorno e di notte. Gli uomini sostengono di essere stati costretti alla sodomia, che li si eccita nelle loro funzioni genesiche, che loro si comprimono i testicoli, che si succhia loro lo sperma. Un ammalato raccontava che era molestato dalla " *nonentation* ", atto cui si davano delle monache (*nonnes*) le quali gli dirigevano le loro dichiarazioni amorose e gli donavano soltanto dei " desiderii accessorii di carne ". [Altri si lagna dell' " ortica sensuale ", degli " amori vermiferi ", della " transenna ", del " basturlo "]. Per sottrarsi alle persecuzioni delle quali sono vittima, questi individui ricorrono agli artificî più strani: si legano i testicoli ed il pene, si infossano in vagina dei tamponi di cenci, pronunciano delle parole cabalistiche, [p. es., *lips acs, lics cux, lips sux* (Tonnini). Del resto questo bisogno di designare con nomi stravaganti, il più spesso creati di sana pianta, le sensazioni connesse all'istinto genesico, non è se non una esagerazione morbosa di un fatto abbastanza comune nella vita psichica normale. Anche la cabbala, che ha tanta parte nel delirio paranoico, è una ipertrofia dei pregiudizii comuni; e ben dice il prof. Tanzi (*a*) che questo ricordo atavico, questa sopravvivenza di idee selvaggie o barbare, è prova dell'indole degenerativa del delirio cronico (E. M.)].

Anche l'*odorato* ed il *gusto* prendono parte ai disturbi sensoriali. Gli ammalati sentono odore di zolfo, di putredine, di cadaveri, di gas mefitici, che i loro nemici fanno arrivare fino ad essi coi mezzi più svariati. I cibi hanno gusto amaro, metallico, di arsenico, ed in questo fatto trovano tali ammalati la prova che si tenta di avvelenarli; essi perciò prendono mille precauzioni per sottrarsi a tali tentativi delittuosi: vanno al mercato da se stessi, preparano da loro le vivande, rinunciano alla maggior parte degli alimenti, e si nutrono, ad esempio, soltanto di uova a bere o riscaldate.

Lasègue credeva fosse di regola che il perseguitato, salvo complicazioni di alcoolismo, di isteria o di epilessia, non è mai soggetto ad *allucinazioni della vista*. Quest'opinione è generalmente accettata, specialmente da Legrand du Saulle e da Falret. Però si descrissero dei casi che depongono in contrario (Mabille, Magnan, [Morselli e Buccola, Tanzi e Riva]). Ciò non per tanto possiamo dire che l'allucinazione visiva non costituisce una parte abituale del quadro clinico del delirio di persecuzione, [se non nel 7 %, secondo Tanzi e Riva]. I perseguitati sentono, ma non vedono il loro nemico: donde le espressioni, delle quali si servono per indicarne le voci: " *i miei invisibili* ", [" i figli acustici ", gli " spiriti parlanti ", il " Tribunale segreto ", ecc. (Tanzi).

In quanto concerne la frequenza, la natura e la combinazione delle allucinazioni, si notano le più grandi differenze fra i singoli casi. Questo sia detto una volta per sempre: che il maggior numero dei fenomeni morbosi del delirio

(1) M. Hamel, Des hallucinations génitales et des idées érotiques chez les persécutés; Thèse de Paris, 1892.

(*a*) Cfr. Tanzi, Il *Folklore* nella Patologia mentale, nella *Rivista di filosofia scientifica* del Morselli, vol. IX, 1890, p. 385.

cronico trae le sue origini dagli elementi della psiche normale, e però la tinta, per così dire, individuale di ogni paranoia è dovuta alla costituzione psichica del soggetto. Ad esempio, le allucinazioni verbali acustiche debbono ordinariamente presentarsi con più intensità nei soggetti di tipo uditivo; quelle verbomotrici e le conseguenti impulsioni nei soggetti di tipo psicomotorio, ecc. Altrettanto dicasi delle illusioni ed allucinazioni " ipocondriache „: evidentemente esse stanno in rapporto con una attitudine personale a troppo esaminare i cangiamenti fisici del proprio corpo, a quella che io ho designata come " ipercoscienza della cenestesi „. La stessa elaborazione dei fenomeni allucinatorii varia da ammalato ad ammalato. Vi è chi si contenta delle sensazioni morbose più semplici, e tollerate in modo passivo, senza tentare nessuno sforzo di fantasia per designarle, senza neppure sintetizzare, ad es. le acustiche con quelle genito-anali: vi è chi, al contrario, si mostra dotato di una fervidissima imaginazione, chi combina i fatti allucinatorii nelle maniere più inattese. Ad ogni modo, la frequenza delle allucinazioni, secondo le ricerche di Tanzi e Riva (*a*), è di circa l'83 %: e di questi paranoici allucinati il 53 % fra gli uomini, il 62 % fra le donne aveva allucinazioni d'un solo senso, con prevalenza enorme delle acustiche sulle visive e cenestetiche isolate; il 30 % fra i primi e il 19 % fra le seconde avevano allucinazioni miste, per lo più acustiche e cenestetiche, più raramente acustiche e visive (E. MORSELLI)].

Mentre compaiono, sovrapponendosi l'una all'altra, le varie allucinazioni delle quali abbiamo discorso, il delirio va organizzandosi e subendo delle progressive trasformazioni, [tanto più che col crescere e combinarsi dei disturbi psicosensoriali sempre più si oscura e si perde la coscienza della loro morbosità, e il paranoico delira senza accorgersi della stranezza ed erroneità delle sue interpretazioni e allegorizzazioni (E. M.)]. In sul principio, le accuse dell'ammalato sono, come nel primo stadio, molto vaghe: egli si sente tormentato, ma non sa da chi; se la piglia con tutti e con nessuno; si limita a dire: " mi si insidia, sono malveduto, mi si perseguita in uno o nell'altro modo „. Più tardi entrano in scena delle collettività o associazioni reali od imaginarie [di persone umane o di esseri fantastici], la cui natura varia secondo le epoche. [Nell'antichità erano le furie o Eumenidi (es. Oreste), i lari, i gnomi, ecc. (E. M.)]; nel medio evo il paranoico accusava specialmente il diavolo, gli stregoni; più tardi, il corso delle idee cambiò, e furono i gesuiti, i framassoni, le società segrete; al presente il delirante parla volentieri di polizia, di anarchici, [di spiritisti, di Paolotti, di congreghe politiche, ecc.], ed accusa l'elettricità, la fisica, il magnetismo, [l'ipnotismo], il telefono, il fonografo. In un periodo ancor più avanzato anche il linguaggio, come il delirio di questi ammalati, diventa stereotipato: essi creano dei neologismi, [tanto per designare gli stati di sofferenza, i vilipendii, gli attentati all'onore o al pudore, le offese ai loro interessi e sentimenti, di cui si credono vittima, quanto per denominare in qualche maniera gli esseri più o meno misteriosi che li hanno presi di mira (*b*).

(*a*) TANZI e RIVA, La Paranoia; *Riv. sper. di Fren.*, X, 1884. — Gli Autori non distinguono, però, nelle loro statistiche la paranoia tardiva dalla originaria, ciò che, tenendo conto della precedente Memoria di Morselli e Buccola, costituì forse un regresso nello sviluppo del concetto nosologico delle " paranoie „.

(*b*) Lo studio più originale e profondo su queste curiose deturpazioni del linguaggio fu fatto dal TANZI, mentre era aiuto della mia Clinica (I neologismi degli alienati in rapporto col delirio cronico; *Riv. di Fren.*, XV-XVI, 1889-90). Nel testo del BALLET si trovano qui citati i seguenti neologismi di alienati francesi, cui io ho sostituito equivalenti prodotti neologistici di italiani: — *lanterne sourde — ligne — auscultation et désauscultation — louvetins — fouinards* (E. M.)].

Eccoli adunque lamentarsi del " soffione „, del " moto mutuo „, della " acquiescenza „, della " Società dei tre divorzii „, del " Giulianino „, delle " Civette „, dei " Mappini e Aghisti „ (E. M.)]. " Io, ci diceva una donna che attribuiva i maleficii, dei quali si credeva vittima, all'ipnotismo, sono senza posa tormentata " dagli Charcot „.

Ma può darsi che, cessato il dominio di astrazione, il perseguitato personifichi l'autore dei tormenti che lo straziano. Dopo un lungo tempo di sospetti vaghi, di ricerche infruttuose, finisce collo scoprire l'individuo che organizza e dirige tutti questi maleficii; e questo è un prete, od un medico, od un facchino, od un antico amico, [talvolta una persona affatto sconosciuta, generalmente i " vicini di casa „, il " vicinato „ (E. M.)]. Da questo momento il perseguitato diventa pericolosissimo: non si limita più a difendersi, ma aggredisce. Il termine di *perseguitato persecutore* gli calzerebbe a cappello se, per evitare malintesi, l'uso non l'avesse consacrato [specialmente nella Psichiatria francese] per indicare una categoria di ammalati dei quali parleremo di poi [(paranoia degenerativa od originaria)].

La condotta, il portamento, gli atti, in una parola le *reazioni* dei perseguitati variano nei diversi stadii del loro delirio, e colla natura delle allucinazioni cui vanno soggetti.

Abbiamo già visto come alcuni, in sul principio, intraprendano dei viaggi senza scopo ben definito, senza itinerario fisso, pur di sottrarsi alle persecuzioni che li molestano. Altri si rivolgono alle autorità, scrivono al delegato di polizia, [al questore], al prefetto, ai magistrati, ai Ministri, [al Capo dello Stato, al Papa medesimo], lunghe lettere, lagnandosi delle vessazioni, che si fanno loro subire ingiustamente e chiedendo giustizia. [Taluni dànno anche alle stampe questi loro reclami, che, se il delirio persecutorio è specifico, costituiscono dei veri libelli diffamatorii contro le persone da cui il delirante si considera perseguitato (E. M.)]. Ve ne hanno di quelli che si fanno arrestare nella speranza di poter poi patrocinare la loro causa avanti al Tribunale, o che propongono la loro candidatura a qualche carica, per aver poi l'occasione di protestare, [sia nelle loro autodifese], sia nei loro programmi elettorali, sia dalle tribune delle riunioni pubbliche, contro i maleficii dei quali si credono vittima.

Abbiamo anche veduto come essi si comportino non appena sopravvengono le allucinazioni, specialmente quelle del gusto con le idee di avvelenamento, o le allucinazioni del senso genesico. Non ci ripeteremo, ma sarà bene notare che, quando un perseguitato compie un atto strano, inesplicabile, la ragione di esso deve ordinariamente ricercarsi in un'interpretazione delirante od in un'allucinazione: uno, ad esempio, si defeca o minge nei calzoni per evitare un sistema di " lenti „ disposto nei cessi pubblici a bella posta per spiarlo; [un altro piscia nel fuoco per scongiurare l'azione di un essere misterioso, " la Gran Bambina „ che gli parla per " renderlo ebete „; un terzo fabbrica una torre che lo ponga al riparo dagli sguardi altrui, e là si rinchiude, là passa la sua esistenza in continui allarmi (E. M.)]. Convinti che debbono proteggersi e difendersi, i perseguitati si isolano dal mondo, si chiudono in casa, vivono nella sporcizia, trascurando la più elementare pulizia, [serrano e barricano le porte del loro appartamento. Molti di costoro passano poi per afflitti da " claustrofilia „ (E. M.)].

Alcuni, spossati dalla lotta continua che debbono sostenere contro i loro nemici, pensano al *suicidio:* questo fatto però accade molto più di rado nei perseguitati che nei malinconici, [nè mai ha i caratteri morbosi che rilevansi

in questi, cioè la scelta di mezzi dolorosi, le ferite degli organi genitali, l'impulsività repentina, ecc. (E. M.)].

Ma a lato del perseguitato che si limita a difendersi colla fuga, coll'isolamento e col suicidio, vi ha quegli che ricorre all'aggressione, alla violenza. Può trattarsi soltanto di colpi diretti ad un viandante inoffensivo, nello sguardo e negli atti del quale l'ammalato credette vedere un'allusione od un'ironia. Altre volte il perseguitato arriva all'*omicidio*. Talora, in un accesso di esaltazione e di collera, colpisce a caso il primo venuto " perchè bisogna finirla, perchè la Giustizia è vicina ", ecc.; talora, invece, sceglie la sua vittima, la quale sarà quella che le circostanze, il caso, le allucinazioni, specialmente quelle uditive, gli designano quale persecutore più arrabbiato. L'uno attacca brutalmente un medico che lo visitò soltanto una volta, perchè lo crede " il capo degli agenti alienisti "; un altro tira sei colpi di revolver contro un vecchio innocuo chiamato Michele, che una voce insistente gli designa susurrandogli, o gridandogli sempre la seguente ingiuria: " Ecco l'incul.... del padre Michele "; un altro, finalmente, impiegato in una banca di Parigi, uccide con un colpo di pistola il suo capo ufficio, perchè lo crede l'agente principale delle persecuzioni che lo tormentano.

4° **Periodo.** — Periodo [metabolico, o] del delirio di grandezza. — Dopo un tempo più o meno lungo, quando le idee di persecuzione sono passate pei tre stadii descritti da Falret, di elaborazione [o allegorizzazione], di sistemazione e di delirio stereotipo, esse subiscono una curiosa trasformazione: si cambiano in idee ambiziose, che dapprima si accoppiano a quelle, e poi le sostituiscono.

Il fatto della sostituzione delle idee di grandezza a quelle di persecuzione nella pazzia cronica era già stato notato da molto tempo, specialmente da Pinel, Esquirol, Spielmann. Morel e, dopo di lui, Foville richiamarono l'attenzione su questo trasformarsi del delirio. Magnan, Garnier, Gérente cercarono specialmente di mettere in rilievo la frequenza di esso nella forma speciale di pazzia cronica che ora studiamo, [e che appunto per trovarsi tanto spesso combinata con idee di grandezza, più che " delirio di persecuzione sistematizzato ", preferiamo denominare " paranoia tardiva sistematica " (E. M.)].

Il comparire delle idee di grandezza nei perseguitati fa supporre un certo indebolimento delle facoltà mentali, senza il quale non è possibile un delirio ambizioso. Esso indica un progresso nel campo dell'inverosimile e dell'impossibile. [Si può anzi affermare che quanto più precoce è l'apparire della fase megalomaniaca, tanto maggiori sono le ragioni di supporre una indole degenerativa della psicosi. La cosa è poi evidentissima se, come avviene in certi casi, il delirio di grandezza si manifesta contemporaneamente a quello persecutorio. A ragione gli autori tedeschi (Kraepelin) considerano la " trasformazione megalomaniaca " del delirio di persecuzione come legata indissolubilmente alla pseudo-demenza terminale della psicosi (E. M.)].

Tale delirio si forma in modi molto varii: secondo Foville esso si organizzerebbe per *deduzione logica* [o, come io dico, *per inferenza* (E. M.)]. Il paranoico, dopo avere a lungo cercato la ragione dei tormenti cui è soggetto, arriverebbe a convincersi che l'accanimento col quale lo si perseguita, è in relazione a grandi interessi; " se lo si molesta, se si tenta di farlo morire, si è perchè si vuole privarlo di un'immensa fortuna che gli spetta di diritto, perchè lo si vuole spogliare di un trono del quale egli è legittimo erede, perchè egli è molto potente, e perchè si è invidiosi della sua potenza ". Questo modo di trasformarsi del delirio probabilmente non è tanto frequente quanto lo si credette; Christian

osserva a ragione che il ragionamento e la logica non sono abituali agli alienati, [il che è, d'altra parte, eccessivo, come se la patologia mentale fosse senza leggi, e i fenomeni vi insorgessero a capriccio. Il delirio si svolge, esso pure, secondo le leggi di associazione, e qui, senza dubbio, abbiamo in molti casi un effetto delle associazioni di contrasto (E. M.)].

Con maggiore verosimiglianza l'apparire delle idee ambiziose si deve spiegare col genere del carattere [o, per meglio esprimerci, con la costituzione psichica o personalità (E. M)] dei paranoici, i quali sono [dall'infanzia] contemporaneamente diffidenti e vanitosi (Marandon de Montyel, Mairet). La megalomania sarebbe l'ultimo estremo dei sentimenti di orgoglio: essa sarebbe, insomma, il risultato di una specie di lavorìo incosciente determinato dalle reciproche reazioni di questi sentimenti e delle idee di persecuzione.

[Quanto a me ritengo che queste dottrine sulla genesi del delirio grandioso abbiano una parte di vero: esse, cioè, sono applicabili a casi singoli, non a tutte le paranoie. Negli infermi forniti di notevoli energie mentali, abituati a ragionare su quanto loro succede, è più probabile la formazione del delirio mediante un processo logico di illazione. Nelle persone, che poco meditano e che accettano sempre la prima e più facile spiegazione perchè loro risparmia un po' di fatica mentale, la genesi sarà spesso data da un'associazione fortuita di percezioni, di idee, o anche di parole. Credo, anzi, che in un buon numero di casi il delirio di grandezza nasca per pura allegorizzazione verbale: non abbastanza hanno gli alienisti, che lo studiarono, preso in esame il rapporto che passa fra certi metabolismi della personalità paranoica e certe parole (nomi personali, cognome di famiglia, date storiche generali, date della storia individuale, ecc.), le quali richiamano *fonicamente* determinate associazioni di pensieri o di sentimenti.

Anche bisogna riflettere che il concetto elevato del proprio io costituisce la reazione, maturata forse in seguito a mille e a mille esitanze, del povero perseguitato contro la ostilità dell'ambiente *sociale*. È logico che egli reagisca opponendo a questo ultimo la propria personalità ipertrofizzata, o, meglio, aumentata subbiettivamente come *valore sociale*. A chi lo vilipende, lo insulta, lo conculca, il delirante dapprima oppone una serie di negazioni (" *no*, *non* sono quello che dite, *non* merito quello che mi fate, ecc. „): di poi, la negazione, per legge di contrasto, si cangia in affermazione (" sono *più* di quello che dite, merito *più* di quello che mi fate „); in una fase ulteriore, poichè continuano le persecuzioni, anche il concetto reattivo si acutizza e si consolida, finchè il resistere con *sentimento di orgoglio* diviene un bisogno, a poco a poco un'abitudine e quindi una seconda natura dell'infermo (E. Morselli)].

Comunque sia, le idee di ambizione sembra compaiano per *genesi spontanea*. Si manifestano all'improvviso, senza che si riesca a trovarne la ragione. Altre volte basta un minimo incidente per provocarne lo scoppio in un cervello predisposto: [è la " esogenesi del delirio „ (*a*) (E. M.)]. Un ammalato di Esquirol leggeva un giornale nel quale si parlava di due falsi Delfini: subito si credette figlio di Luigi XVI, ed andò alle Tuileries per reclamare i suoi diritti. Spesso il primo segno del delirio di ambizione è dato da un'*allucinazione:* il perseguitato si sente gridare, ad esempio: " Tu sei Napoleone! „; da quest'istante entra in delirio. Però sarebbe errato il credere che l'allucinazione abbia creato per se stessa il delirio di ambizione: conviene tener presente che essa non è

(*a*) Secondo Kiernan, che ha su ciò belle osservazioni (*Amer. Alienist*, 1891), il grande Pascal sarebbe un esempio di origine incidentale esogena del delirio (E. M.).

che una conseguenza; essa rivela le predisposizioni morbose della mente dell'ammalato: dipende da esse, e non ne è la causa. [Così sarebbe erroneo supporre che il delirio e le allucinazioni del paranoico siano sempre monotone: ha mostrato or ora il Kölle (a), ed io ho verificato il fatto molte volte, che taluni paranoici palesano una variabilità inaspettata di fenomeni allucinatorî e di idee deliranti. Tutto dipende dall'energia o potenzialità mentale dell'individuo (E. M.)].

Il delirio di grandezza si accompagna dapprima con quello di persecuzione; quest'ultimo, se è destinato a scomparire completamente, non scompare che dopo un certo tempo. Giulio Falret sostiene che persiste per sempre, sia pure in un minimo grado. L'asserzione è assoluta, ma trova la piena conferma in alcuni casi. [Del resto, si capisce che ciò avvenga quando l'individuo conserva a lungo un certo capitale di energia psichica. Se il megalomaniaco non s'accorge del contrasto che passa fra il concetto iperbolico della propria personalità e le circostanze esterne di ambiente (reclusione nel manicomio, non soddisfacimento delle sue voglie smodate, obbligo di lavori grossolani, mobiglio misero, sorriso incredulo e compassione degli astanti, ecc.), è segno che il suo cervello è notevolmente infiacchito. E però, siccome la demenza nel paranoico vero giunge sempre lentissimamente, idee per lo meno vaghe di persecuzione, residuo e rudimento dell'antico delirio, permangono a lungo, ed io debbo dar ragione a Falret (E. M.)].

La forma assunta dalle idee grandiose è molto varia. Nel grado più leggero esse possono essere rappresentate da un semplice ottimismo, da un'opinione esagerata che l'ammalato ha di sè stesso e delle sue facoltà (Marandon de Montyel, Camuset): tale ottimismo fa contrasto col pessimismo del periodo antecedente. D'ordinario, però, il delirio ambizioso è più accentuato, ed allora si manifesta talvolta con idee di ricchezza, tal'altra di potenza, tal'altra ancora con trasformazione della personalità.

Gli ammalati credono di possedere una fortuna immensa, hanno conseguito delle vistose eredità, sono milionari, posseggono castelli, tesori. Oppure si dicono investiti di un potere misterioso; possono disporre di potenze occulte, sono dotati di un udito eccezionale. Spesso i paranoici si attribuiscono una personalità convenzionale, nella scelta della quale si lasciano guidare dalle tendenze e dalle credenze dell'epoca e dalle loro aspirazioni personali. Nel medio evo e nel periodo del Rinascimento i perseguitati, nel loro delirio di ambizione, pretendevano di essere Iddio, lo Spirito Santo, la Vergine, [Satana], si dicevano profeti, si chiamavano Giovanna d'Arco o l'Anti-Cristo; nell'êra moderna si credono elevati alla dignità di re, di imperatori, di presidenti di repubblica, altri son piuttosto inventori geniali, riformatori della società. [Naturalmente il delirante prende i nomi di personaggi eminenti della sua epoca: nei Manicomii i Napoleoni, i Garibaldi, i Vittorio Emanuele, i Boulanger, i Bismarck sono a frotte. In un buon numero di casi il paranoico si attribuisce parentele di gran conto: egli è della Casa Savoia, Orléans, Este, ecc., oppure appartiene alle famiglie dei Principi, Marchesi e Conti tali dei tali. Moltissimi si creano nella loro fantasia relazioni estesissime e complicate di consanguineità, che determinano nel modo più preciso (*delirio genealogico*): altri invece, forse perchè in possesso di minori energie intellettuali, restano vacui e confusi nelle loro designazioni grandiose (E. M.)].

(a) Cfr. Kölle, in *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIX, 1893, pag. 186. — Vedi anche Tanzi e Riva, loc. cit., pp. 420-425.

Il modo di comportarsi o di reagire dell'individuo in preda a delirio di ambizione cronica si accorda colla nuova idea, che egli ha della sua personalità. In alcuni casi egli non fa pompa delle sue idee di grandezza: per contro, cerca di dissimularle, e per scovrirle bisogna cercarle con cura (Falret, Doutrebente). Più spesso però, l'ammalato si comporta in conformità del suo delirio: è altero, sprezzante, eseguisce atti in relazione col potere immaginario che attribuisce a sè stesso. " L'uno apre e chiude in fretta la bocca, credendo così di stritolare ed ingoiare i suoi nemici; un altro, premendo l'indice sul condotto uditivo, caccia dal suo cervello la personalità estranea che vuole impadronirsene " (Magnan e Sérieux). Vi è chi si fregia delle insegne convenienti al suo nuovo stato, [fabbricandosele con ogni sorta di materie, medaglie, carta dorata, cenci, sfogandosi nel coprire di emblemi, di stemmi, di imagini allegoriche le pareti della propria camera, i proprii libri e manoscritti, ecc. (E. M.)]. Il megalomaniaco, se è lasciato in libertà, va a bussare alle porte dei palazzi dei grandi personaggi del giorno per reclamare il riconoscimento dei suoi diritti. I più scrivono volentieri [(" grafomania ")], e nelle loro lunghe epistole ai medici, alle autorità, qualche volta ai giornali, cercano di legalizzare le loro pretese, oppure le affermano con arroganza. [È a questa fase, specialmente, che la scrittura dei paranoici diventa affatto caratteristica (*a*); cosicchè dalla semplice ispezione di un loro scritto riesce agevole all'alienista fare la diagnosi, non tanto della forma nosografica, quanto dello stadio cui è arrivata (E. M.)].

5. Periodo. — Periodo [dissolutivo, con indebolimento mentale], o di demenza. — L'intelligenza dei paranoici va col tempo indebolendosi in modo lento e progressivo. Il loro delirio diventa sempre più confuso e meno coordinato; esso consiste nel ripetersi di idee deliranti stereotipate; il loro linguaggio, che si limita alla ripetizione di neologismi [o di intercalari] sempre identici (*b*), i loro atti e la loro attitudine monotona, indicano un sicuro decadimento delle facoltà mentali. [Il decadimento sopraggiunge in un tempo assai vario ed in misura assai differente nei singoli casi: tutto dipende dalla costituzione psichica dell'individuo, chè vi sono paranoici dotati di vive e forti energie intellettuali, i quali resistono lungamente agli effetti disastrosi del delirio, e ve ne sono altri in cui il delirio stesso trova i germi della propria dissoluzione nella povertà dei poteri associativi, nella debolezza della memoria, nel livello inferiore della cultura. Quanto più vivi erano i fenomeni allucinatorii, tanto più presto e più profondo è, per mia esperienza, il deterioramento psichico dei paranoici (E. Morselli)].

(*a*) [L'indole del *Trattato* ha indotto il Ballet a restringersi nella descrizione del delirio cronico: ma uno studio degli scritti paranoici è quanto di più utile possa dare la semejotica psichiatrica per penetrare nel meccanismo del disturbo mentale. Si vede allora come una gran parte dei delirii sia d'origine verbale, e si spieghi con deviazioni o pervertimenti del processo logico del pensiero in quanto questo è compiuto dal cervello umano, nella sua fase presente di evoluzione, mediante simboli o imagini verbali, ben poco mediante le altre categorie di imagini. — Sulla scrittura nelle malattie mentali, cfr. Raggi, Gli scritti dei pazzi, *Riv. clinica*, Bologna 1874; Erlenmeyer, Die Schrift, 1876; Bezold, Störungen der Sprache u. d. Schrift bei Geisteskranken, ecc., *Friedreich's Blätter*, 1891, fasc. 6; Lombroso, L'Uomo di genio, V^a ediz., 18[illegible]0; Ferrari C., La degenerazione nello stile dei paranoici erotici, *Riv. sper. di Fren.*, XIX, 1893, p. 329; Morselli E., Man. Sem., vol. II, 1894; Max Nordau, Entartung, 1893-94 (opera divenuta popolare più per la forma sua paradossale e aggressiva che per merito reale); Lombroso, Grafologia, 1895 (E. M.)].

(*b*) [Sugli intercalari cfr. Gücci, in *Arch. di Psich. e Sc. pen. Antr. crim.*, XI, 1890, p. 285; sui discorsi dei paranoici sistematizzati e sul loro valore semejotico veggasi una bella memoria, ricca di esempii assai dimostrativi, del Venturi, nel *Manicomio moderno*, 1893 (E. M.)].

E questo uno stato di vera demenza? G. Falret (1) non lo crede. " In tutti i manicomii, dice quest'autore, si trovano dei vecchi perseguitati giunti agli ultimi stadii della loro malattia, alienati da venti o trent'anni ed anche più, i quali, malgrado l'antichità della loro affezione, hanno ancora una vera attività intellettuale, sono ancora capaci di ragionare bene su molti argomenti estranei al loro delirio, e non possono dirsi dementi nel senso che noi attribuiamo a tale parola „. [E invero Tanzi e Riva in 103 paranoici degenti in media da 7 anni nel manicomio, in cui però la malattia era già vecchia quando vi furono ammessi, trovarono che solo un terzo (32 %) offriva i segni dell'indebolimento mentale, ma di questi un certo numero per senilità generale precoce: gli altri due terzi (68 %) conservavano per lo più il grado di intelligenza primitiva (50 %) oppure presentavano (18 %) solo ciò che gli autori designano col nome di " demenza apparente „, e che non è se non uno " stato di indifferenza e di accasciamento „ dovuto alla loro reclusione nell'Asilo. Questo, senza dubbio, affretta in molte vesanie la cronicità e la demenza (E. Morselli)].

Ciò che vi ha di certo si è, che la paranoia tardiva conduce più lentamente ed in modo più incostante ad un manifesto indebolimento delle facoltà intellettuali, che non le altre forme di pazzia cronica. In alcuni casi, però, lo squilibrio mentale è così accentuato da autorizzarci a considerare il periodo ultimo della malattia come uno stadio di vera demenza.

Decorso — Durata — Esiti — Prognosi. — Indicando la sintomatologia della psicosi sistematica o paranoia tardiva, abbiamo anche parlato alquanto del decorso di quest'affezione, e non ci resta che ritornare ancora su qualche punto.

L'affezione è proprio fatalmente destinata a percorrere tutto il suo ciclo? oppure non può essa arrestarsi e rimanere al secondo periodo? Su questo punto non vi ha accordo fra gli alienisti. Secondo Magnan, il periodo del delirio di ambizione non può mancare; secondo Falret, invece, esso non si riscontrerebbe che in un terzo degli ammalati. La divergenza di opinioni è dovuta al fatto, che gli autori non sono d'accordo sui casi che si debbono far rientrare nel gruppo che stiamo studiando. E invero, alcuni tendono a separare da questo gruppo, per classificarli fra i delirii detti *dei degenerati* che descriveremo in seguito, tutti quei delirii di persecuzione che non decorrono colla regolarità, forse un po' troppo schematica, del tipo. Ne risulta quindi che l'evoluzione del delirio cronico sarebbe presso a poco sempre la stessa, [cioè passerebbe costantemente per le medesime fasi]. Ma se si confrontano l'uno coll'altro i casi che per l'eziologia, pel decorso e per la sintomatologia presentano tali somiglianze da autorizzarci a considerarli come costituenti solo altrettante individualità [o varietà individuali] di uno stesso gruppo clinico, si vede che fra le paranoie tardive, il cui decorso è sempre fatalmente cronico e la prognosi gravissima, alcune non vanno oltre al periodo di delirio di persecuzione [almeno fin che dura la sorveglianza di un dato alienista], mentre altre arrivano fino a quello megalomane od anche fino alla demenza. [E invero, nessuno che abbia la più superficiale conoscenza delle leggi patologiche, può meravigliarsi di ciò. Nei libri di medicina si descrive sempre la forma-tipo di una qualsiasi malattia, ma al letto dell'ammalato si scorgono poi le divergenze individuali: è la clinica che corregge lo schematismo della nosografia. Anche la paranoia ha le sue varietà secondarie, le sue forme " fruste „, come le si vedono in ogni altra

(1) Giulio Falret, *Soc. médico-psychol.*, 29 novembre 1886, *Ann. méd.-psych.*, 1887.

vesania, in ogni altra affezione nervosa (*a*). Si pretenderebbe forse dalla patologia mentale ciò che non si esige dalla patologia comune? Dov'è il *caso* che rappresenti il quadro nosografico della pneumonite, del tifo, ecc.? Ora, siccome le caratteristiche della paranoia sistematica risiedono nella successione *completa* delle sue fasi, è chiaro, prima di tutto, che per escluderla converrà aspettare talvolta una *lunga serie di anni*, ed in secondo luogo, che le divergenze individuali dovranno per l'appunto verificarsi in questa *successione storica*. D'altra parte, la morte può interrompere il decorso della vesania e impedirci di vederne la trasformazione dalla fase persecutoria alla grandiosa; quest'ultima può limitarsi ad un semplice adattamento passivo e sereno dell'ammalato, ad un ottimismo di difficilissimo apprezzamento; certi paranoici possono dissimularci il nuovo concetto della loro personalità; un certo numero di alienisti si lascia sfuggire il diagnostico..... ed ecco altrettante ragioni per dubitare della serietà delle critiche opposte alla dottrina nosografica della sistemazione paranoica (E. Morselli)].

Qualunque sia lo stadio cui giunge il delirio cronico, il suo decorso è sempre lento. Ciascun periodo dura parecchi anni: generalmente, il primo, l'ansioso-ipocondriaco, è il più breve; il terzo, o persecutorio, è il più lungo e può durare 10, 15, 20 anni.

Il decorso, benchè progressivo, non è sempre identico: [ora è uniforme ed ora variabile, ora continuo ed ora remittente (E. M.)]. Vi hanno dei momenti di apparente esacerbazione, dei periodi di *agitazione*, durante i quali le idee morbose sembrano assorbire maggiormente l'ammalato; di fatti, esse si manifestano più rumorosamente, ma tutto consiste in ciò. Questi periodi di agitazione durano da qualche ora a qualche giorno; nelle donne si presentano specialmente nel periodo mestruale: [negli uomini forse sono pure in rapporto coi fenomeni della vita sessuale (onanismo, perdite seminali); spessissimo, massime quando si tratti di crisi brevi, sono legati a reminiscenze di sogni, e però spesseggiano nelle ore mattutine (E. M.)].

Per contro, in certe epoche, per influenza di circostanze svariate, per cambiamenti di domicilio, per l'isolamento, si osservano periodi di relativa calma, che abbastanza impropriamente si chiamano periodi di remissione, durante i quali l'ammalato è più tranquillo, è meno assorto nel suo delirio, arriva persino talvolta a dissimularlo, così che siamo indotti a ritenerlo guarito, almeno temporaneamente. Bisogna distinguere questi periodi di calma dalle vere remissioni, che si osservano abbastanza spesso in quei delirii di persecuzione che si collegano direttamente a degenerazione mentale, [e che assumono talvolta un deciso carattere periodico o remittente.

Oltre alle esacerbazioni del delirio, probabilmente nel maggior numero dei casi collegate ad acuzie dei fenomeni allucinatorii, i paranoici possono andar soggetti ad eventuali " episodii psiconevrosici ", or maniaci, or melancolici, ora stuporosi (Tanzi e Riva), ed, io aggiungo, pur anco confusionali, i quali si presentano in circa il 5 % di tutte le paranoie. Ritengo però che i casi offrenti codesti episodii siano piuttosto da ascriversi alle paranoie originarie, o per lo meno a quelle tardive in cui prevarrebbe la labe aggravata dell'eredità: la pluralità delle forme di delirio è, come notò Magnan, una caratteristica delle psicosi degenerative (E. Morselli)].

(*a*) [Sulle varietà cliniche della paranoia tardiva, veggasi in Schüle, Klin. Psych., IIIª edizione (trad. ital. del Dott. Andriani, Napoli 1890, pag. 132); — Falret e Arnaud, *Soc. méd.-psychol.*, Parigi, 30 gennaio 1893; — Voisin A., ivi, 27 marzo 1893 (E. M.)].

Affezione essenzialmente cronica e progressiva, la paranoia tardiva sistematica è *inguaribile*. Quei delirii di persecuzione che guariscono, sono ben diversi da essa: appartengono all'alcoolismo subacuto, a certe forme di malinconia, o ad alcune psicosi degenerative. Si è appunto perchè non s'era fatta questa distinzione che si affermò pel passato che il " delirio di persecuzione sistematizzato " passa a guarigione in un quinto dei casi (Legrand du Saulle); il delirio di persecuzione semplice sì, lo ammettiamo anche noi, ma non quello della paranoia tardiva poichè esso è sistematico.

[La *longevità* è forse una delle più curiose caratteristiche della paranoia (*a*). In ogni manicomio si trovano vecchi deliranti la cui ammissione risale a 20-30 anni addietro, e che giungono all'età più avanzata in condizioni prospere di salute, spesso occupandosi in lavori manuali più o meno agevoli, talvolta in lavori semi-intellettuali di copisti, di suonatori, di filodrammatici, e formando così la ammirazione dei visitatori degli Asili.

La *morte* avviene sempre nella paranoia o per vecchiaia, o per malattie intercorrenti, mai pel processo morboso in sè. I vecchi deliranti sono soggetti, come i dementi, agli attacchi apoplettici per emorragie, trombosi od embolismo cerebrale: fra le affezioni comuni prevalgono le tubercolari, le gastrointestinali croniche, e le costituzionali con perturbamento del ricambio materiale.

Anatomia patologica e patogenesi. — La paranoia tardiva, non portando per sè stessa a morte, manca di una speciale anatomia patologica: tutto al più, gli organi nervosi dei paranoici inveterati offrono le solite lesioni della demenza cronica o consecutiva (aderenze della dura meninge colla teca ossea, opacamenti della pia madre, lievi aderenze di questa con la sostanza corticale, ateroma arterioso diffuso, indizii di atrofia cerebrale primaria, ecc. ecc.). Un buon reperto è stato quello segnalato dal Feist (*b*): in un paranoico di 75 anni egli non trovò istologicamente se non le solite alterazioni della senilità, e si noti che egli ebbe l'avvertenza di confrontare i suoi preparati con quelli ottenuti dal cervello d'un vecchio sano di mente.

In generale il cranio dei paranoici è ampio, per la sua forma non si scosta molto dalla normale (Amadei), nè ha rilevanti stimmate degenerative; ciò che può dirsi anche degli organi esterni di senso, della pelle, ecc. A tale uopo bisogna però non confondere (nota giustamente Mendel) le paranoie tardive con le originarie, dove trovansi invece segni copiosi di degenerazione somatica.

Come può, dunque, spiegarsi l'insorgere d'un disturbo mentale tanto esteso e profondo, che a poco a poco perverte e trasforma la intera personalità cosciente dell'ammalato? La dottrina di una senilità precoce (Venturi) è suggestiva, ma non ci spiega il delirio sistematico. L'ipotesi avanzata da qualcuno che esistano affinità patogenetiche fra la paranoia e la paralisi progressiva (Marro) perchè nell'una e nell'altra s'ebbero eventualmente a trovare certe modificazioni chimiche dell'urina (!), è non soltanto senza base scientifica, ma ci sembra affatto contraria al buon senso. È certo che oggidì, per la spiegazione delle paranoie originarie e delle psicosi degenerative in massima, dobbiamo pensare piuttosto ad anomalie di sviluppo e di intima struttura degli

---

(*a*) Cfr. Tanzi e Riva, loc. cit., pag. 430 e segg. — Notano gli Autori che la degenza media dei paranoici da essi osservati era di circa anni 7, tanto per gli uomini, quanto per le donne; ma la malattia era scoppiata assai prima dell'ingresso nel manicomio, cioè da circa 12-14 anni. Il che significa che un buon numero di deliranti cronici vive lungamente, e in piena libertà, in mezzo alla popolazione, e solo per fenomeni episodici o per acutizzazioni del delirio viene internata negli Asili.

(*b*) Cfr. Feist, in *Neurolg. Centralblatt*, 1° ottobre 1890 (E. M.).

elementi staminali nervosi, i quali pertanto sarebbero fra loro dissociati od entrerebbero in insolite relazioni di dinamogenesi e di inibizioni reciproche. Ma quanto alle paranoie tardive è impossibile parlare di vizî di conformazione o di istogenesi. Non si potrebbe, forse, emettere una ipotesi simile a quella recentemente enunciata da Lépine a riguardo dell'isterismo e dell'ipnotismo, da M. Duval a riguardo del sonno, e da Morat a riguardo dell'azione di certi veleni (p. es. curaro, stricnina) sugli elementi nervosi (*a*)? Non è supponibile che qui pure vengano a modificarsi i rapporti di contiguità fra i neuroni, per una alterata o deviata contrattilità dei loro prolungamenti protoplasmatici (*b*)? Naturalmente a tale supposizione si possono fare numerose obbiezioni, quella soprattutto che i moti contrattili dei prolungamenti non vennero per anco dimostrati, e che fra i neuroni debbono esistere anche le relazioni di continuità ammesse per tanto tempo (Laborde, Morin, ecc.) e solo lasciate da poco in disparte sotto l'influenza del Ramon y Cajal. Ad ogni modo, l'ipotesi è seducente, e sarebbe in accordo coi fatti morbosi, prima di eretismo, poi di dissoluzione dei centri percettivi e ideativi del paranoico (E. Morselli)].

Diagnosi. — I paranoici con delirio di persecuzione furono per lungo tempo confusi coi *melanconici*. Ma fra la malinconia e la paranoia tardiva vi hanno differenze profonde di natura e di sintomatologia. Il disturbo fondamentale della malinconia è, come vedemmo, emotivo con depressione: il delirio è secondario, innestato sul particolare stato cenestetico, mentre nei paranoici esso costituisce il sintoma primo. Nei malinconici le idee deliranti concernono ruina, colpevolezza, dannazione, non persecuzione: il malinconico accusa sè stesso, il paranoico accusa gli altri; il primo figura un colpevole: il secondo una vittima; l'uno è in attesa continua dei castighi che merita e li prevede (Lasègue): l'altro protesta contro i mali che l'opprimono, è un " perseguitato „ nel senso letterale della parola.

Però, come abbiamo detto, in certi malinconici, come pure in alcuni degenerati con deformità degli organi genitali o con abitudini viziate, possiamo talvolta assistere alla comparsa di idee di persecuzione speciali che, a tutta prima, potrebbero far credere di avere a che fare con veri paranoici. Questi ammalati credono di esser tenuti d'occhio, che li si guarda di traverso, che si bisbiglia sul loro conto, che, parlando, si fanno loro allusioni offensive. Ma, in fondo, ciò che li distingue dagli altri perseguitati si è che essi accusano sè stessi molto più degli altri. Se li si mette in ridicolo, se si parla male sul loro conto, se li si guarda con occhio ironico, ciò accade perchè si sono comportati male, perchè hanno un difetto organico, che per loro costituisce un soggetto di soggezione, di vergogna. Essi sono dei *perseguitati autoaccusatori* (1), ben diversi dai deliranti cronici o paranoici, e pel punto di partenza del delirio più ancora che per la loro fisionomia e per le loro ragioni.

La paranoia tardiva sistematica potrebbe venire confusa con quei delirii di

---

(*a*) Cfr. Lépine, *Revue de Médecine*, agosto 1894; Duval Mathius, in *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 2 febbraio 1895; Morat, ivi, 16 febbraio 1895 (E. M.).

(*b*) Cfr. Rabl-Ruckhardt, Sind die Gangliezellen amöboid? Eine Hypothese zur Mechanik psychischer Vorgänge, *Neurologisches Centralblatt*, 1890, 7°; Tanzi, I fatti e le induzioni nell'odierna istologia del sistema nervoso, *Riv. sper. di Fren.*, XIX, 1893, 2°-3°; Lugaro, Sulle modificazioni delle cellule nervose nei diversi stati funzionali, *Lo Sperimentale*, XLIX, Sez. biol., 1895, fasc. 2° (E. M.).

(1) G. Ballet, Les idées de persécution chez certains dégénérés hypochondriaques ou mélancoliques (persécutés auto-accusateurs), Congresso [alienisti franc.] di Blois, 1892; e: Un exhibitionniste persécuté, nella *Semaine médicale*, 23 maggio 1893.

persecuzione, che si manifestano nell'alcoolismo subacuto ed in qualche altra affezione, e, specialmente, coi delirii di persecuzione dei degenerati, che talvolta le somigliano moltissimo.

Ma nell'*alcoolismo subacuto* le idee di persecuzione sono sotto la dipendenza di allucinazioni visive, uditive, qualche volta olfattive e gustative; esse, in generale, sono, come le allucinazioni, molteplici e mobili, ed ordinariamente si accompagnano a senso di terrore. Ben diverse sono le idee di persecuzione dei veri paranoici: esse sono più fisse, meglio sistematizzate, e determinano delle inquietudini retrospettive, ma non l'espressione di spavento quale si osserva nell'alcoolismo. D'altra parte, il delirio alcoolico subacuto, abitualmente, è di breve durata (da pochi giorni a due o tre settimane al massimo), si accompagna a disturbi digestivi, ad insonnio, ad incubo, a tremore.

Possiamo anche osservare delle idee di persecuzione transitorie negli isterici dopo un accesso, nel morbo di Basedow, negli individui affetti da paralisi generale. In questi casi, però, si tratta di manifestazioni secondarie, e l'affezione principale riuscirà facilmente differenziabile.

Difficilissimo riesce, invece, il differenziare la paranoia tardiva sistematica dalla *paranoia degenerativa* o dai delirii di persecuzione dei degenerati. Questo differenziamento è tanto più importante in quanto i delirii dei degenerati spesso guariscono, mentre il delirio cronico della paranoia tardiva non guarisce mai. Ora, qui noi dobbiamo distinguere due categorie di casi.

Talvolta abbiamo a che fare con dei delirii, allucinatorii oppur non, che si manifestano improvvisamente, sono male sistematizzati, e scompaiono altrettanto presto come sono comparsi: questi sono i delirii improvvisi, che descriveremo di poi. Quando tali delirii, che possono manifestarsi con idee deliranti di vario ordine (di persecuzione, di ambizione, mistiche, ipocondriache), assumono la forma di delirio di persecuzione, generalmente riesce facile differenziarli dalla vera paranoia sistematica che, nel suo svolgersi, è altrettanto lenta quanto rapidi sono gli altri, che è altrettanto bene sistematizzata quanto male o poco lo sono questi, e che è infine duratura di fronte alla transitorietà di essi.

Ma fra i degenerati si osservano spesso dei delirii di persecuzione, che, per la loro fisionomia generale, si avvicinano molto al delirio cronico, così che la diagnosi differenziale riesce veramente difficile, [soprattutto in quei casi in cui il lor delirio offre tendenza alla sistemazione (E. M.)]. Per alcuni autori (Magnan), questa diagnosi è, ciò non pertanto, sempre possibile, e gli elementi per farla sarebbero i seguenti: 1° nei degenerati si ha labe gentilizia: negli individui affetti da paranoia tardiva poco o nulla di ciò; 2° nei degenerati si hanno segni fisici e psichici di degenerazione (di essi tratteremo di poi), [e la anomalia si fonde, a così dire, con la storia intera della personalità] (*a*): nei deliranti cronici o tardivi, all'opposto, la intelligenza è integra fino allo scoppiare del delirio, [e la malattia colpisce una personalità che si è completata nel suo sviluppo]; 3° in quelli, si ha sovente un precoce comparire dei disturbi mentali, talvolta fin dall'infanzia o dall'adolescenza, e si ha spesso polimorfismo delle idee deliranti (ad esempio, simultaneità delle idee di ambizione con quelle di persecuzione) che nel loro svolgersi non seguono un decorso regolare: nei paranoici, invece, la malattia comincia in un'epoca della vita alquanto tarda, nell'età matura, ed

(*a*) [Soprattutto importanti sono le stimmate psichiche della degenerazione: ritardo o precocità di sviluppo, poca affettività, emotività egoistica, versatilità di umore o umore sempre irritabile e cupo, misantropia, bizzarrie della condotta, comparsa prematura o ritardata dei sentimenti sessuali (E. M.)].

il delirio è sistematizzato; 4° finalmente, nei degenerati il delirio di persecuzione può manifestarsi non accompagnato da allucinazioni: esso ha, in alcuni casi, per unica base l'interpretazione delirante, mentre nella paranoia tardiva si hanno sempre delle allucinazioni.

Questi caratteri sono importantissimi per differenziare i tipi estremi, specialmente la paranoia sistematica tipica dal delirio degenerativo di persecuzione che si osserva in certi individui deboli di mente. Ma fra il primo tipo e quest'ultimo si hanno forme di passaggio che ci autorizzano a domandarci, se il delirio cronico sistematizzato, la psicosi sistematica o paranoia tardiva, costituisca proprio un'entità morbosa a sè, o non piuttosto sia soltanto la forma più completa, più perfetta del delirio di persecuzione semplice a decorso cronico (1).

Comunque si voglia pensare teoricamente su tale questione, non v'ha dubbio che i sintomi differenziali suddescritti perdono grande parte del loro valore diagnostico quando ci troviamo in presenza di una delle forme di passaggio, delle quali abbiamo fatto cenno. Si dànno casi, nei quali non possiamo affermare con una sicurezza relativa, se siamo in presenza di una paranoia tardiva o di uno di quei delirii di persecuzione che giungono talvolta a sistemarsi regolarmente anche nei degenerati, massime in quelli che occupano i gradi più elevati nella scala della degenerazione mentale. [Questa difficoltà è ancor più grande quando tali forme sistematiche di paranoia originaria, assai bene studiata dal Sander, si svolgano nella giovinezza (*a*) (E. M.)].

Ma fra i degenerati perseguitati vi ha un gruppo di ammalati, che, pur somigliando in tutto ai comuni paranoici, si presentano con una fisionomia speciale: sono i *perseguitati persecutori*, che descriveremo in seguito. Per ora ci limitiamo soltanto a ricordare, che essi si differenziano dai paranoici affetti da delirio sistematico e tardivo di persecuzione per ciò che non vanno mai [o solo raramente, ed in talune forme speciali (E. M.)] soggetti ad allucinazioni, e per ciò che non hanno idee deliranti nello stretto senso della parola; sono individui anormali più per le loro azioni che pei loro propositi, i quali si addimostrano in preda ad un delirio che resta sempre identico e non presenta tendenza alcuna alla megalomania, [quando questa si voglia intendere come manifestazione di una fase metabolica regolare nello sviluppo del delirio. Ma fa d'uopo anche riconoscere che in un buon numero di degenerati le idee di persecuzione *attiva* sono la espressione di un esagerato e morboso concetto del loro io, che si potrebbe dire una megalomania abortiva (E. M.)].

[**Frequenza.** — E assai difficile stabilire con quale frequenza si presenti la paranoia tardiva. Anche le statistiche dei manicomii, compilate negli ultimi anni, sono poco sicure in riguardo a questa psicosi, sia perchè molti alienisti non hanno ancora accolte le dottrine nuove intorno alle forme paranoiche: e sia perchè in taluni paesi (Italia, Inghilterra) rimangono in vigore le vecchie e incerte denominazioni (p. es. " monomania intellettuale ed impulsiva ", " monomania of persecution ", ecc. ecc.), le quali unicamente servono a creare

(1) G. Ballet, Le délire de persécution à évolution systématique, nel *Progrès médical*, 1892.

(*a*) [Nella Memoria da me pubblicata insieme col Buccola fino dal 1883 (*Giorn. R. Accademia Med.*, Torino) si troverà nella seconda storia clinica un esempio caratteristico di paranoia originaria sistematicamente evoluta in un degenerato, dalla fase apprensiva-ipocondriaca fino alla fase megalomaniaca. Aggiungo ora che quell'infermo, da me rivisto dopo più anni, aveva raggiunta la fase terminale di pseudodemenza. Ho avuto poi nella Clinica di Genova, e fuori, varii infermi ereditarii, in cui lo sviluppo della paranoia, regolarmente progressivo, era cominciato nell'adolescenza, ed era spesso stato interrotto, almeno in apparenza, dalle solite crisi episodiche dei degenerati (E. M.)].

confusione: sia infine perchè quei medesimi, che si sono formati un concetto dottrinale concorde sulla paranoia, non sono poi d'accordo nel distinguere le forme tardive dalle originarie. In Italia queste difficoltà statistiche sono aumentate dalla stessa classificazione del Verga, dove figura una " frenosi sensoria " che probabilmente viene intesa da molti alienisti quale equivalente nosologico della " paranoia allucinatoria ", mentre lo sarebbe, o dovrebbe esserlo a mio avviso, della vesania confusionale. Ad ogni modo, prendendo le cifre grezze per quel che valgono, e supponendo che le paranoie della nostra scuola, più specialmente la tardiva o psicosi sistematica (delirio cronico di Magnan), vi figurino sotto la qualifica di " monomanie intellettuali " e di " frenosi sensorie ", ecco quali sarebbero le proporzioni delle vesanie paranoiche nella popolazione dei Manicomii italiani alla fine degli anni 1877 e 1888:

		Al 31 dicembre 1877			Al 31 dicembre 1888		
		M.	F.	T.	M.	F.	T.
Monomania intellettuale	Num. assoluto	340	324	574	703	418	1121
	% di tutti i pazzi	4, 24	4, 50	3, 78	5, 91	3, 97	5, 00
Frenosi sensoria	Num. assoluto	247	279	526	335	277	612
	% di tutti i pazzi	3, 00	3, 80	3, 46	2, 82	2, 63	2, 73

Queste cifre mostrano, anzitutto, in quell'undicennio un lieve aumento percentuale delle " monomanie " ed una corrispondente diminuzione delle " frenosi sensorie "; è verosimile che molti casi di questa siano passati gradatamente a quella, conforme ad una più corretta comprensione dei fatti allucinatorii (*a*). Io temo però che il 7-9 % complessivo delle vesanie paranoiche, quale figura in codesti censimenti, sia superiore al vero. Un'analisi individuale dei casi clinici, ed è la sola cui nelle presenti condizioni della psichiatria dovremmo attenerci se vogliamo statistiche nosografiche esatte, avea condotto Tanzi e Riva a stabilire pei ricoverati del Frenocomio di Reggio la ben più elevata proporzione di 13,6 paranoici su 100 (uomini 15,9: donne 11,4 %). Ma gli stessi autori notano giustamente che queste cifre riguardano i paranoici *presenti* in un dato giorno fra la popolazione alienata degli Asili: ora, è noto che la paranoia, essendo per sua natura un'affezione lenta e non letale, popola i manicomii di un numero di cronici assai più grande che non sia quello di tutte le altre vesanie. Essi hanno allora calcolata la proporzione dei paranoici sui nuovi ammessi, e l'hanno trovata all'incirca del 5 % in un triennio. Questa sarebbe adunque la vera frequenza proporzionale della paranoia fra le malattie mentali, o almeno fra quelle per cui si richiede la misura amministrativo-terapeutica del ricovero.

Più alta, a dir vero, sarebbe la quota delle " delusional insanity " o " monomania " fra i nuovi ammessi dei manicomii inglesi: ivi salirebbe anche al 9 % (Boyd). Ma questo può dipendere da variazioni indotte dalla razza o dai climi, se pur non dipende da differenza di criterii diagnostici (E. Morselli)].

Così [in Francia] le statistiche relative alla frequenza di quest'affezione generalmente peccano per eccesso: tali sono quelle di Lasègue (14 perseguitati su 100 alienati), di Legrand du Saulle (16 %), di Foville (19 %). Su 32,000 alienati ricoverati nell'infermeria speciale del deposito della Prefettura dal 1872 al 1885, Planès (1) contò 2613 perseguitati, cioè poco più dell'8 %; Christian e Ritti, a Charenton, trovarono il 10 % circa.

(*a*) Nel 1891 l'aumento dei due gruppi s'era accentuato: Monomania intellettuale 1426 (m. 894; f. 532): Frenosi sensoria 684 (m. 393; f. 291): proporzione della prima sul totale dei pazzi 6.05 %; della seconda 2.90 % (E. M.)].

(1) Planès, Thèse de Paris, 1886.

Eziologia. — L'eziologia della paranoia tardiva sistematica è spesso oscura, ed i dati fornitici al proposito dalla maggior parte degli autori tendono piuttosto ad accrescere che a dissipare tale oscurità. Questo inconveniente è dovuto a ciò che non sempre si badò a distinguere bene i " delirii di persecuzione " a decorso progressivo e regolare [dei quali ora trattiamo sotto il nome di paranoia tardiva], da quelli che hanno più diretta attinenza colla degenerazione mentale e decorrono in modo regolare e spesso capriccioso.

La paranoia tardiva è più frequente nella *donna* che nell'uomo: [tuttavia Tanzi e Riva trovarono 66 uomini contro 37 donne degenti nel manicomio di Reggio per paranoia; ma essi non distinsero le forme originarie, più frequenti invece negli uomini, dalle tardive (E. M.)].

Fu anche notato che è meno frequente nelle persone *coniugate* che nei vedovi e nei celibi. [Questo però non avviene solo della paranoia tardiva o psicosi sistematica qui presa specialmente di mira: l'originaria spesseggia pure nei celibi, perchè lo stato patologico rende all'ammalato più difficile l'accasarsi (E. M.)].

Come nell'eziologia della maggior parte delle psicosi, l'*ereditarietà* ha grande parte quale causa predisponente. Negli ascendenti di tali ammalati troviamo talvolta delle nevrosi (isteria, epilessia), tal'altra mania o melanconia, tal'altra ancora il delirio cronico stesso, più di rado squilibrio mentale o l'alcoolismo. Si disse che l'ereditarietà del delirio sistematico di persecuzione è meno grave di quella dei degenerati (Magnan). La differenza che corre nei due casi, pare si riferisca meno alla labe ereditaria per se stessa, che al modo col quale viene trasmessa ai discendenti. Mentre nei degenerati, oltre gli stati deliranti, si riscontra o debolezza intellettuale o squilibrio mentale, indizii di difettoso sviluppo del sistema nervoso, nei paranoici, che qui abbiamo di mira, ordinariamente non troviamo stimmate di degenerazione. Questo fatto, però, non è costante, ed un certo numero di casi, specialmente segnalati dal Séglas (1), dimostrano che stimmate degenerative possono riscontrarsi nel delirio sistematizzato. [In appoggio di ciò stanno le esaurienti ricerche degli alienisti italiani sulle anomalie somatiche, fisiopatologiche e psicologiche, esistenti con non comune frequenza anche nei paranoici. Del resto, nel loro lavoro più volte citato, Tanzi e Riva dànno la seguente, molto espressiva, tabella riguardante la efficacia dell'eredità nella paranoia:

		Su 66 uomini		Su 37 donne	
Degenerazione	ereditaria	49	74, 4 %	30	81, 0 %
	acquisita	9	13, 6 »	2	5, 4 »
Non constatata la degenerazione, ma neppure esclusa		8	12, 1 »	5	13, 5 »

Nel totale si avrebbe, dunque, la ereditarietà nel 76,7 % dei paranoici. In quanto alla " degenerazione acquisita " essa va intesa per quella speciale alterazione statica della costituzione neuro-psichica che certi agenti patologici possono indurre in un individuo dapprima sano; e tali sarebbero i grandi cangiamenti biologici collegati alla vita sessuale, soprattutto al climaterio, le intossicazioni, i traumi, tutte le cause esaurienti (E. M.)].

Qualche incertezza regna ancora sull'influenza di queste cause occasionali *morali* o *fisiche*. In certi casi, però, lo scoppio della psicosi pare sia avvenuto in seguito a noie, a disinganni, a dispiaceri, a preoccupazioni di vario genere, specialmente a quelle che si riferiscono alla perdita di una causa civile o

(1) Séglas, *Soc. médico-psychol.*, 1888.

penale od alle noie determinate da una nascita illegittima; di fatto i figli naturali sembrano più predisposti degli altri a questa psicosi progressiva, [il che, pertanto, può spiegarsi con la dottrina dell'eredità (libertinaggio, anestesia affettiva dei genitori) (a) (E. M.)]. Si richiamò anche l'attenzione sull'influenza di certe deformità fisiche, specialmente degli organi genitali, su quella delle abitudini viziate, dell'onanismo, delle perdite seminali, [della continenza forzata, massime nella donna giunta all'età che rende più difficile la seduzione sul maschio! (E. M.)]. Nulla vi ha di meno dimostrato dell'azione di queste cause, che possono, invece, avere grande influenza nella genesi di certi delirii degenerativi.

Cura. — La paranoia tardiva sistematica, una volta confermata, è, come vedemmo, un'affezione a decorso fatalmente progressivo: ci basti il dire che nessun metodo di cura può arrestarne il decorso. Ed, in tal caso, la cura non può essere che palliativa. Cercheremo di soddisfare alle indicazioni speciali che ci si presentano giorno per giorno.

Le cure sistematiche proposte l'una dopo l'altra per impedire il progresso di questa psicosi diedero dei risultati piuttosto cattivi che buoni; tale è il caso del tartaro stibiato, dei purganti ripetuti, dell'idroterapia usata senza discernimento ed applicata in tutti i casi senza distinzione. Lo stesso dicasi dei medicamenti (*haschisch*, *datura stramonium*), che Moreau (di Tours) [seniore] prescrisse nell'intento di attenuare le allucinazioni spontanee, sostituendo loro delle allucinazioni d'origine tossica.

L'*elettricità galvanica* applicata in permanenza attorno al capo (metodo di Hoffelskeim), la cura morale e la scossa provocata dalla doccia (metodo di Leuret), la suggestione ipnotica non vantano migliori risultati. [Le ricerche di Buccola mostrarono che non si può impunemente sottoporre i nervi acustici dei paranoici allucinati alla stimolazione elettrica: tuttavia io mi sono giovato della galvanizzazione cefalica, e quando esistevano turbe neurasteniche, come spesso avviene nella paranoia del climaterio, ho tratto vantaggi innegabili dall'azione tonica, stimolante della faradizzazione generale. Quanto all'ipnosi, è verissimo che ora certi paranoici vengono a richiedercela come mezzo per liberarsi dalle loro ansietà e dalle loro allucinazioni iniziali; ma oltre che essi sono in generale poco suggestionabili, si corre il rischio di alimentare, con pratiche inconsulte, il loro delirio. Tuttavia, qualcuno narra di aver fatto abortire alcuni casi di paranoia la mercè della suggestione (Luys, Van Rettergham, ecc.): ciò che però io ritengo possa aversi quasi esclusivamente nelle forme ipocondriache (E. M.)].

Il *ricovero* dei paranoici in un Asilo si impone per una duplice ragione. L'ammalato, tolto al suo ambiente, trova in generale nella casa di salute una calma relativa, però momentanea. Converrà, inoltre, tener presente che, fra tutti gli alienati, i deliranti perseguitati sono i più pericolosi: quando arrivano a fissare l'autore delle loro persecuzioni, il rinchiuderli si impone in modo assoluto, e, per la mancanza di aver agito in questo modo, si ebbero spesso a deplorare omicidii commessi da questi alienati. Inoltre, la salute di questi alienati esige una sorveglianza, che difficilmente può farsi fuori del manicomio: il loro stato generale può richiedere indicazioni speciali, ad es. l'uso dei tonici, dell'arsenico, della doccia. D'altra parte, cogli ammalati, che sono

(a) Sull'argomento della maggior frequenza della pazzia fra gli illegittimi, veggasi una interessante nota del Cristiani, in *Arch. di Psich., Antrop. crim. e Sc. pen.*, 1892.

continuamente in preda al dubbio di venire avvelenati, si è spesso obbligati a ricorrere alla forza, cioè alla sonda, per indurli ad alimentarsi normalmente ed a fare i loro pasti regolari.

Durante i periodi di eccitazione, i bromuri alcalini, i bagni riescono utili, e, se durante essi si ha insonnio, caso questo tutt'altro che raro, si ricorrerà agli ipnotici, cloralio, sulfonale, cloralosio.

Insomma, la cura è esclusivamente sintomatica; essa è destinata a rimediare e prevenire le complicazioni che possono insorgere, ma non a far regredire la malattia.

Bibliografia. — Lasègue, Du délire des persécutions, negli *Arch. gén. de Médecine*, febbraio 1852. — Legrand du Saulle, Le délire des persécutions, 1 vol. in-8, Parigi 1872. — In questa Memoria ed in quest'opera si troveranno dei dati sul " delirio di persecuzione „ considerato in via generale piuttosto come sindrome che come entità morbosa. Riguardo al delirio di persecuzione sistematizzato [che noi chiamiamo oggi paranoia, Verrücktheit], basterà consultare [per comprendere le idee degli alienisti francesi]: Ritti, art. Délire de persécution, nel *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, Parigi 1887; [Magnan, Leçons cliniques, etc., in *Progrès médical*, 1887, 1890, 1894-95]; e Magnan et Sérieux, Le délire chronique à évolution systématique; *Encyclopédie des aides-mémoire*, Masson, Parigi 1892. — Si potrà anche leggere con interesse la Memoria di Christian, Des idées de grandeur chez les persécutés, negli *Arch. de Neurologie*, nn. 66 e 67 del 1892. [Ma per formarsi un concetto completo della paranoia tardiva sistematica quale è stata descritta in questa traduzione italiana del capitolo, largamente annotata, converrà consultare: Mendel, art. Verrücktheit, nella *Real-Encyclopädie*, I[a] ediz. — Morselli e Buccola, La pazzia sistematizzata primitiva; *Giorn. R. Accad. medica*, Torino 1883. — Amadei e Tonnini, La paranoia e le sue forme; *Arch. ital. Mal. nerv. e ment.*, 1884. — Tanzi e Riva, La paranoia; *Riv. sper. di Fren.*, X-XI-XII, 1884-6. — Wiglesworth, Monomania; *Journ. of Ment. Science*, ottobre 1888. — Noyes, Paranoïa; *Amer. Journ. of Psychology*, 1888. — Kiernan, Paranoïa; *The Amer. Alienist a. Neurologist*, 1889. — Barbato N., Appunti psicogenetici sulla paranoia; *Il Pisani*. — Dagonet, Ét. clin. sur le délire de persécution; *Ann. médico-psych.*, settembre e ottobre 1890. — Ball B., Du délire de persécution ou maladie de Lasègue, Paris 1890. — Sérieux, Le délire chronique, etc.; *Bull. Soc. Med. mentale*, Gand 1891. — Werner, Die Paranoia; *Eine Monographie*, Stuttgart, Enke, 1891. — Grimaldi, Le psicosi degenerative, ecc., in *Nuova Riv. di Psichiatria*, Napoli 1892. — Blin, De l'idée de persécution dans la mélancolie et dans le délire de persécution, Parigi 1893. — Séglas, La paranoia, les délires systématisés et la dégénérescence; *Archives de Neurologie*, nn. 37, 38, 39, 1893. — Fronda, Contr. allo studio d. delirio cronico; *Manicomio moderno*, 1892. — Dunn, On so-called paranoïa; *Journ. of ment. Science*, genn. 1893. — Cramer, Abgrenzung und Differental-Diagnose der Paranoia; *Allg. Zeitsch. für Psychiatrie*, LI, pp. 286-370, 1894. — Friedmann, Ueber den Wahn; *Eine klin.-psychol. Untersuchung*, Wiesbaden 1894 (ottimo ed ampio lavoro sull'argomento del delirio considerato sotto tutti gli aspetti) (E. Morselli)].

[APPENDICE[a]

LE DEMENZE

SINONIMIA: Stati d'indebolimento mentale acquisito; *Dementia*, lat.; *Démence*, fr.; *Mental enfeeblement* o *weakness*, ingl.; *Psychische Schwächezustände*, *Blödsinn*, *Schwachsinn*, *Demenz*, ted.; Anoia, Psicoparesi (CLOUSTON); Psicosi difettive acquisite (ZIEHEN); Degenerazioni d'involuzione o da disorganizzazione (RÉGIS).

Definizione. — Sotto il nome di *demenza* noi intendiamo designare, d'accordo con la grande maggioranza degli autori moderni, solo gli stati di indebolimento mentale acquisito ed irrimediabile, vale a dire quelli che si originano per diverse cause dissolutrici della funzione psichica, quando la personalità s'era completata od era per lo meno abbastanza avanzata nel suo sviluppo.

Con ciò viene resa impossibile, da un lato, l'antica confusione della demenza con l'idiotismo e con la imbecillità, che figurava ancora nella definizione dell'Esquirol (*b*), e che, del resto, niuno commetterebbe più al giorno d'oggi: dall'altro lato, è tolto di mezzo un equivoco di data più recente, quello creato dalla poco adatta espressione di *demenza acuta* o *demenza primaria guaribile* con la quale si indicano tuttora da varii trattatisti, massime tedeschi, certe forme di amenza stupida o di stupore primitivo, le quali, essendo caratterizzate da una diminuzione o sospensione della attività psichica senza disturbo del tono affettivo e con profondo oscuramento della coscienza, possono, sino a un certo punto e molto *superficialmente*, assomigliare alla demenza (*c*).

Ma anche tolti di mezzo questi due equivoci, e meglio determinato il concetto nosologico della " demenza ", bisogna riconoscere che il gruppo degli indebolimenti psichici acquisiti rimane ancora composto di una moltitudine sì numerosa e sì poco studiata di stati morbosi, che forse è questo il capitolo più oscuro di tutta la patologia mentale. La deficienza di buoni lavori sull'argomento è dovuta allo scarso conforto che i patologi provano, generalmente, nello studiare le infermità croniche ritenute per sempre inguaribili, se non anco per incurabili. Ad ogni modo, le forme più conosciute sono quelle che dipendono da processi anatomo-patologici ben definiti del cervello, cioè le demenze organiche, il di cui tipo è fornito dalla paralisi generale progressiva degli alienati o demenza paralitica. Vi è, per contro, un sotto-gruppo di demenze che malgrado la sua grande frequenza non è studiato, nè apprezzato, come si converrebbe, sotto l'aspetto nosografico: alludo alle così dette demenze secondarie vesaniche, cioè consecutive alle psicosi tipiche primitive di cui s'è parlato estesamente in altri capitoli di quest'opera, mania, malincolia, confu-

---

(*a*) Scritta appositamente per questa edizione italiana dal prof. E. MORSELLI, il quale, trattandosi di un argomento di stretta pertinenza della specialità psichiatrica, qui si è dovuto restringere alle nozioni più importanti sotto l'aspetto della pratica medica.

(*b*) Cfr. ESQUIROL, Delle Malattie mentali, Trad. ital. di C. Morelli, Firenze 1844.

(*c*) Lo ZIEHEN (Psychiatrie, già cit., p. 335) è d'accordo con me nel condannare la denominazione tanto cara agli alienisti suoi compatrioti, di *Acute heilbare* o di *Primäre heilbare Dementia*.

sione mentale e stupore. È certo che se si indicano con lo stesso nome di " demente „ tanto il paralitico generale o l'emiplegico con lesione circoscritta del cervello, quanto il maniaco ed il melancolico divenuti cronici dopo un più o men lungo periodo di anni vissuti in un Manicomio, ciò non dipende soltanto dalla poca malleabilità del nostro linguaggio scientifico, ma anco dalla imperfetta conoscenza di stati patologici così fondamentalmente diversi sotto il riguardo della eziologia, della sintomatologia, prognosi e cura. È probabile che in un tempo non lontano la psichiatria saprà meglio distinguere le varietà morbose oggi fuse malamente in quell'informe amalgama nosografico, che figura ancora in tutti i Trattati sotto il titolo di " demenza „. Si può, ad ogni modo, porgerne un quadro sintomatico generale, avvertendo che dovrà soggiacere a notevoli variazioni in conformità delle forme cotanto divergenti della demenza.

Sintomatologia generale. — A. Stato mentale. — L'indebolimento caratteristico della demenza colpisce quasi sempre contemporaneamente le tre grandi funzioni psichiche, la intelligenza, l'affettività, la volontà: però in un buon numero di casi la lesione riguarda piuttosto l'una o l'altra funzione, e in tal caso la più frequentemente e profondamente colpita (all'opposto di quanto è scritto nella comune dei Trattati) è la sfera sentimentale o affettiva; viene poi la intellettiva, e ultima la volitiva. In tutte e tre queste facoltà la demenza induce un processo dissolutivo, che procede secondo regole determinate da quello evolutivo: si può affermare che nel disgregamento della personalità morale si indietreggia sempre dal composto al semplice (*a*).

a) I disturbi dell'*affettività* si manifestano, in primo luogo, coll'affievolimento di tutti i sentimenti ideali o rappresentativi; il demente perde a poco a poco ogni interesse per le idee astratte che per lo innanzi lo commovevano: solo il sentimento religioso può perdurare a lungo nello sfacelo di una mente, ma ridotto però sempre ad alimentarsi con le pure imagini sensoriali (culto esterno). In seguito anche i sentimenti concreti sociali si affievoliscono: la sfera affettiva si restringe, l'ammalato diviene indifferente per i suoi amici, per i suoi parenti, per gli stessi suoi figli. Nello stesso tempo il senso morale si ottunde: il demente commette atti reprensibili o sconvenienti senza alcun ritegno, giacchè in lui non tanto è venuto offuscandosi il sentimento etico ed estetico, quanto anche si è resa a poco a poco incerta la nozione del giusto e del decoroso. In ultimo, tutta la sfera affettiva è ottusa: l'infermo, fattosi indifferente a tutto ciò che lo circonda, a mala pena guidato dai proprii bisogni e dagli istinti egoistici, cade in uno stato di profonda apatia, dal quale nessuna nuova impressione riesce a scuoterlo, poichè tutte mancano oramai per lui di colorito emotivo.

b) I disturbi dell'*intelletto* si manifestano, dapprima, con un rallentamento nel processo formale delle idee. Questo sintomo è soprattutto evidente nelle prove psicometriche, le quali mostrano una durata assai lunga del tempo psichico di reazione ad ogni specie di stimolo, e soprattutto un allungamento del processo di associazione delle idee (Buccola, Kraepelin, Bevan Lewis). In seguito a ciò l'ideazione si fa più lenta, più distaccata, e alla fine vengono meno i legami associativi fra le idee: tipica del demente è l'incoerenza che si rivela tanto nella parola quanto nella scrittura, talvolta più in questa che in quella. Nei gradi avanzati di incoerenza, il linguaggio mostra non solo

(*a*) Io ho dato di questa legge psico-patologica le più ampie dimostrazioni nel mio Manuale di Semejotica, vol. II, 1894. Cfr. specialmente a pagg. 205, 231, 284, 297, 318, 411, 424, 579, ecc

alterati e distrutti tutti i rapporti associativi fra le idee, ma anche diminuito ed abolito il potere di sintesi pel quale il pensiero vede i rapporti fra le idee e le immagini verbali con cui esse dovrebbero esprimersi. L'ammalato dà risposte incongrue, scompone i concetti, confonde spesso le idee più difformi e bizzarre, arruffa vocaboli e frasi, si perde in un intrigo di parole che indicano soltanto frammenti di pensieri; non di rado risponde e parla per pura assonanza. Codesta scomposizione del linguaggio, o *alogia* acquisita, porta a lungo andare una diminuzione del giudizio e del raziocinio: la demenza è completa quando l'infermo, ridotto nella vita psichica alle impressioni del momento, non si trova più in grado di compararle e di associarle, quindi neppure di inferire.

Ma la parte della funzione intellettiva che più presto e più nettamente rivela l'indebolimento psichico degli stati cronici, è la memoria. Anche nei gradi leggieri e negli inizî della demenza la facoltà di fissazione dei ricordi si affievolisce: il malato non può più fare acquisti mnemonici, e la sua condotta giornaliera si basa sull'automatismo. La facoltà rievocativa si altera generalmente alquanto più tardi della conservativa, sebbene a prima vista sembri il contrario: ad ogni modo, il demente non tarda a manifestarci le sue caratterizzate amnesie parziali sia nel parlare, sia nello scrivere, sia infine nel modo di contenersi. Dapprincipio vengono dimenticati i nomi proprii di persone, di luoghi, le date, i fatti relativamente recenti; poi si perdono le reminiscenze di fatti sempre più anteriori; in ultimo, non si conservano se non quei ricordi più antichi che stanno a significare la parte organizzata, fondamentale della personalità. La dismnesia demente è quasi sempre progressiva, ma salvo nei casi di demenza organica (per es. nei processi di senilità precoce, nella periencefalite, ecc.), i suoi progressi sono lenti. Vi sono anzi pazzi cronici che vivono a lungo nei Manicomii, mostrando per molti anni una condizione, per così dire, statica di debolezza mentale. Del resto, sotto il riguardo dei difetti di memoria e di ideazione la demenza offre grandi divergenze individuali. Certe volte le sue lesioni mnemoniche ed ideative sono così limitate e parziali, che l'infermo a mala pena si distingue dalle persone sane di mente: altre volte si giunge all'ebetismo assoluto, e non rimanendo traccia alcuna dell'antica intelligenza l'individuo è ridotto alle funzioni della pura vita vegetativa.

c) I disturbi della *volontà* stanno in rapporto con l'affievolirsi della vita affettiva e intellettuale. Abbiamo già accennato all'apatia ed all'indifferentismo che caratterizza gli stati disintegrativi della personalità: aggiungiamo però che nella condotta dei dementi si osservano le maggiori divergenze. Gli uni conservano ancora dell'energia e possono attendere a svariate occupazioni, soprattutto alle manuali, perchè sono quelle che non richiedono sforzi notevoli di attenzione: in tutti i Manicomii abbondano questi infermi automaticamente laboriosi, coi quali si mena innanzi l'azienda interna disciplinare ed economica dell'asilo. Altri invece, e sono naturalmente i più, divenendo apatici diventano pure inerti, non tanto per svogliatezza quanto per reale incapacità al lavoro: negli stati di estrema demenza si giunge fino all'annullamento d'ogni energia volitiva. Ma non bisogna dimenticare che i dementi vanno pure assai spesso soggetti a tendenze e ad impulsioni morbose, rese ancor più perniciose dalla debolezza del loro raziocinio e senso morale.

d) La *coscienza* del demente è sempre più o meno profondamente turbata fino al totale suo oscuramento. L'infermo non è consapevole del proprio stato, o se lo è ne ha una rappresentazione imperfetta, esclusivamente verbale. Il maggior numero non ha quasi più la coscienza del tempo nè quella del luogo,

il che sta in rapporto colla dismnesia e col difetto di attenzione. Molti perdono a poco a poco anche il concetto della propria personalità: nei gradi più avanzati la coscienza del povero infermo diventa estranea a sè medesima, fino a che si può dire che il malato cade in uno stato di inconsapevolezza assoluta o di acoscienza.

Tali sono le caratteristiche generali dell'indebolimento mentale acquisito per qualsiasi causa; ma occorre subito fare osservare che esse variano assai non soltanto tra le diverse forme della demenza, ma pur anco fra i diversi soggetti. Naturalmente queste varietà nosografiche ed individuali dipendono dai soliti fattori: dalla indole ed estensione del processo morboso; dallo stato patologico di cui la demenza costituisce l'esito ordinario; dalle energie mentali preesistenti in ciascun soggetto; dall'età senile, che sovrappone i suoi deterioramenti fisiologici a quelli della infermità cerebrale; in ultimo, dal modo di decorrere di questa, se cioè lentamente progressiva, oppure a quando a quando acutizzata da crisi o da episodi esaurienti.

B. Stato fisico. — Se non si tratta di processi morbosi distruttivi (periencefalite, encefalomalacia, atrofia primaria senile, sclerosi, ecc.), la demenza non è accompagnata da lesioni gravi delle funzioni organiche, e neppure da grandi disturbi di senso e di moto. Però sotto tale riguardo le nostre cognizioni sono assai scarse: gli alienisti, specialmente a scopo prognostico, si occuparono con particolare predilezione dei sintomi psichici della demenza, ne trascurarono troppo l'aspetto somatico, ed anche i disturbi di innervazione.

Era logico supporre che al decadimento mentale decorressero parallele alterazioni delle funzioni inferiori della vita di relazione. Da uno studio recente dei dottori Bernardini e Perugia (a) rileviamo che queste lesioni non mancano mai. Gli autori effettuarono una ricerca metodica delle varie forme di sensibilità e motilità in 80 ammalati colpiti da demenza, escludendo gli epilettici, i pellagrosi, i paralitici. Di essi 54 erano uomini, 26 donne, e per lo più (58 casi) si trattava di demenza terminale o post-vesanica, in un certo numero (22 casi) di demenza ebefrenica, o senile, od alcoolica. Rispetto al grado di indebolimento psichico, era inoltratissimo in 47, meno profondo in 33. Le indagini praticate permettono di concludere che nella demenza esistono: 1° un certo grado di diminuzione della sensibilità dolorifica, bilateralmente; 2° una intensa diminuzione bilaterale della sensibilità elettrica; 3° paracinesie multiple, cioè tremore alla lingua, alle labbra, alle mani: ed ipocinesie, ad es. deficienza del tono muscolare di una metà della faccia (b); 4° alterazioni degenerative nella formola di contrattilità galvanica per l'eccitazione dei muscoli, tanto diretta quanto indiretta; 5° indebolimento e scomparsa dei reflessi cutanei; 6° esagerazione dei reflessi tendinei.

Le funzioni digestive, circolatorie, respiratorie, dei dementi non offrono, d'ordinario, disturbi corrispondenti a quelli psichici: molti di questi infermi godono di ottima salute. Bene spesso, il decadere della vita mentale si accompagna, nelle forme vesaniche passate a cronicità, con un vero rigoglio della vita vegetativa. Buona è la nutrizione, aumentato il peso del corpo sino ad

---

(a) Bernardini e Perugia, Le funzioni di relazione nella demenza, *Atti dell'VIII Congresso Freniatrico*, Roma, 1874, pag. 67 (*Rivista sper. di Fren.*).

(b) Questa osservazione dei due autori italiani collima con quanto venne osservato dal Sikorski nei suoi studi fisionomici sulla demenza (Cfr. in *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, vol. V, 1894). Anche l'andatura dei dementi, secondo Andriani e Sgrosso (loc. già cit. a pag. 113), ci appalesa l'indebolimento delle forze muscolari.

un grado più o meno grande di obesità; normale, anzi non raramente approfondito, il bisogno del sonno: codesti pazzi invecchiano, talvolta, regolarmente, e passano una lunga tranquilla esistenza nei Manicomii, sopravvivendo col corpo alla morte della loro intelligenza.

Ma in altre varietà di demenza, insieme con le psichiche, decadono anche le forze fisiche: è allora che la senilità si fa più rapida e precoce, apportando il solito suo corredo di miserie fisiologiche; è allora che il sangue si rivela ipoglobulico (Seppilli), che i muscoli sono incolti da floscezza e da atrofia (Bernardini e Perugia), che gli organi vanno soggetti a degenerazioni grassose e i vasi arteriosi all'ateroma, onde le facili emorragie e trombosi cerebrali con esito in focolai e rammollimenti parziali, ecc. (*a*). Dove poi esista profonda apatia ed inerzia volitiva, compajono disturbi nella circolazione periferica, con esito in angioparalisi, edemi ed escare; gli sfinteri, non adempiendo più al loro ufficio, lasciano sfuggire le urine e le feci; e gli ammalati, sempre più immersi nel loro ebetismo, vivono fra la sporcizia, impassibili a tutto, " tronchi vegetanti senza luce alcuna di senso e di ragione ".

Varietà cliniche della demenza. — Abbiamo già fatta parola delle differenze, che si osservano nelle condizioni mentali e fisiche degli infermi incolti da indebolimento acquisito della psiche; notiamo ora che la demenza, più che una entità nosologica, è una *sindrome*, la quale può accompagnare e susseguire ai più vari stati patologici, può avere natura diversissima a seconda del processo morboso da cui dipende, può assumere una quantità indefinibile di aspetti in rapprto alle varie alterazioni che arreca nella sfera mentale, segnatamente nella intellettuale, e può, infine, iniziarsi e decorrere nei modi i più differenti.

In primo luogo, la demenza si distingue da gran tempo per la sua natura in *organica* ed in *funzionale:* quella è dovuta ai processi distruttivi e degenerativi del cervello, questa a disturbi ancora mal determinati del suo dinamismo. Ma la qualifica di " funzionale " va intesa solo nel significato relativo, che ha in tutto il vasto campo della Neuropatologia e Psichiatria. La demenza della paralisi generale progressiva è il tipo della forma organica; come quella terminale delle vesanie passate a cronicità lo è della forma così detta funzionale.

Rispetto al grado, la demenza è stata distinta in *completa* ed *incompleta*, in *assoluta* e *parziale*. È completa ed assoluta, quando offre deterioramento grave della funzione psichica, esteso in modo uniforme a tutte le tre sfere, all'intellettiva, all'affettiva, alla volitiva, e quando la coscienza è al tutto oscurata. Rimane, invece, incompleta e parziale, quando il deterioramento è meno inoltrato e permette l'esercizio di un più o meno grande numero di energie mentali, soprattutto quando esso incoglie in modo prevalente o il solo intelletto o la sola affettività e volontà. Il tipo della prima forma ci è dato dalla così detta demenza secondaria apatica e dall'ebetismo, in cui cade il paralitico nello stadio terminale della sua terribile infermità; il tipo dell'altra sarebbe

(*a*) Il Venturi, in una sua opera ricca di arditi concetti (Le degenerazioni psico-sessuali, Torino 1892), ha illustrato assai bene la senescenza precoce dei pazzi. Ad esempio, egli ha trovato il fatto curioso che negli alienati cronici la statura si abbassa, mentre diventano più rare le manifestazioni reflesse ed organiche della vita sessuale (polluzioni notturne, zoospermia, volume dei testicoli e delle ovaie, ecc.). Tuttavia fra demenza terminale post-vesanica e senilità si sarebbero notate dagli anatomo-patologi divergenze non lievi per riguardo alle condizioni istologiche degli elementi nervosi, divergenze che non ci permetterebbero di equiparare il processo demenziale semplice a quello involutivo-senile.

costituito da quei delirii cronici sistematizzati consecutivi a vesania melancolica, che già vennero ricordati in quest'Opera col nome di " paranoia secondaria „.

A seconda del suo modo di iniziarsi la demenza si distingue in *primaria* od *idiopatica* ed in *secondaria* o *consecutiva*. È primaria quando non tiene a nessun altro processo morboso preesistente, ma si svolge come entità nosologica autonoma: è secondaria, quando è preceduta o accompagnata da un'altra malattia cerebrale di cui essa costituisca un effetto o una sindrome. Come esempio di demenza idiopatica possiamo citare l'infievolimento mentale caratteristico dell'atrofia primaria cerebrale, ovvero certi casi ancora male studiati di *dementia praecox* o ebefrenica dei degenerati. Esempi della seconda forma, ben più frequente, sono la demenza terminale delle vesanie, la demenza paralitica, la post-emiplegica, la alcoolica, ecc.

Nel suo decorso la demenza ora è *acuta* ed ora *progressiva*: questa di gran lunga più comune di quella, giacchè nella immensa maggioranza dei casi la mente si deteriora a poco a poco per un vero processo di lenta dissoluzione e disintegrazione.

Si distingue pur anco la demenza in conformità del suo aspetto sintomatico. Vi sono perciò la forma *agitata* o *versatile*, la *apatica*, la *delirante* ed *allucinatoria*. Ma senza dubbio, chi osservasse cento dementi diversi vi troverebbe rappresentate altrettante varietà cliniche di demenza. Questo è un capitolo tuttora oscuro della Patologia mentale, che non potrà essere schiarito se non procedendo pazientemente allo studio individuale di quella enorme caterva d'infelici, che le statistiche ufficiali dei manicomii enumerano sotto la rubrica sconfortante di dementi.

Eziologia e varietà patogenetiche delle demenze. — La migliore classificazione degli stati acquisiti di indebolimento mentale si fonda sull'indole del processo morboso di cui essi sono la espressione o la risultante: è, insomma, la classificazione compilata sul criterio dell'etiologia e della patogenesi.

Sotto tale aspetto abbiamo già accennato alla demenza *funzionale* e alla demenza *organica*. Ma siccome col primo nome si designa da molti autori la cosidetta " demenza acuta guaribile „ che noi invece, conforme al già detto, stimiamo sia una psicosi primitiva del gruppo delle Amenze (*stupidità* di Georget e Delasiauve, *stupore anergetico* di Newington, *amenza attonita* di Meynert, ecc.), così, eliminata questa causa di confusione, non ci rimangono più da distinguere se non le forme " organiche „ di demenza, con questa avvertenza che alcune lo sono in grado maggiore e in modo evidente, altre in grado minore ed in maniera meno visibile o tangibile ai nostri mezzi di indagine.

Queste forme sono esse tutte esclusivamente *secondarie* e *consecutive* ai processi morbosi del cervello, oppure dobbiamo noi ammettere anche una forma autonoma di *demenza primitiva* o *primaria?* È una questione non facile a risolvere, e ciò per il vario aspetto dal quale essa può venire esaminata, e sempre per quella malaugurata intrusione del vecchio concetto di disturbi puramente " funzionali „.

Dalla quasi totalità degli alienisti stranieri più reputati s'intende col nome di " primaria „ di indicare soltanto quella forma, che sopravviene quasi sempre nella giovane età coi caratteri di una psicosi (" funzionale „) da esaurimento semplice, cioè di una amenza confusionale anergetica con vero stupore, tanto più che essa per lo più passa in un deterioramento irrimediabile dei poteri mentali non complicato da sensibili lesioni organiche del cervello (Schüle, Clouston, Krafft-Ebing, Kirchhoff, Scholz, Korsakoff). Ma vi sono altri autori

che hanno oramai abolita tale designazione (ad es. Kraepelin), come ve n'è che seguitano a distinguere e a definire una " demenza primitiva „ senza però darne una descrizione particolareggiata che ne giustifichi la situazione nosologica (ad es. Dagonet nell'ultima edizione del suo Trattato).

Ora, io penso che, limitato il concetto di demenza agli stati di indebolimento psichico irrimediabile, sempre aventi un fondo organico più o meno evidente, di veramente " primitiva „ non vi sia se non quella demenza che si collega ad un processo più o meno precoce di involuzione, o, meglio, di senescenza, con esito in una atrofia, per così dire, idiopatica della sostanza cerebrale. Tale processo non incoglie però solo persone giunte oltre al 60° anno, ma anche individui in più giovane età quasi sempre fortemente macchiati di labe ereditaria, così che può supporsi che il loro cervello sia caduto in una condizione di precocissima senilità (*a*). Ad ogni modo, la questione dell'esistenza autonoma d'una " demenza primitiva „ permane aperta, e sarebbe opportuno che qualcuno la riprendesse a studiare con la scorta di nuovi e accurati documenti clinici (*b*).

Dopo ciò non ci rimane che da porre sotto gli occhi del lettore lo specchio delle precipue forme di demenza secondaria, avvertendo che la distinzione fra il gruppo delle demenze *terminali* e quello delle *consecutive* viene fondata sulla natura e gravità delle lesioni anatomiche dei centri nervosi.

Nel primo gruppo la debolezza psichica tiene probabilmente dapprima ad un esaurimento cerebrale con disturbi trofici più o meno impercettibili, cosicchè il cervello, almeno nei primi stadii, non ci lascia scorgere grandi cangiamenti di forma e di struttura, nè mai lesioni in focolaio: solo più tardi, il processo di deterioramento conclude in alterazioni diffuse delle meningi e dei vasi, ed in una degenerazione visibile della sostanza cerebrale, particolarmente della grigia nelle circonvoluzioni.

Nel secondo gruppo troviamo sempre mutamenti grossolani, visibili e tangibili del cervello e soprattutto delle meningi, cioè alterazioni ora diffuse ed ora localizzate, che possono avere sede diversa e rappresentare i più diversi processi morbosi: si tratta, insomma, delle vere e proprie demenze organiche.

(*a*) Molto opportunamente lo Spitzka (*Insanity*, New York 1883) aveva pensato di abolire per tali casi la designazione di demenza, e proponeva quella di *Deterioramento mentale primitivo*. La bella proposta, però, è passata fin qui inavvertita.

(*b*) Ben è vero che in Italia l'adozione della classificazione del Verga può sembrare una risposta affermativa a detta questione per parte dei nostri alienisti; io non credo pertanto che la risposta sia perentoria. In quella classificazione figurano due varietà di demenza, una *primitiva* ed una *consecutiva:* ma è difficile dire (e il mio tirocinio di Manicomii me lo insegna) come venga intesa ed applicata nei casi concreti la diagnosi di " demenza primitiva „. Probabilmente essa, a seconda dei diagnosticatori e dei luoghi, comprende alienati d'indole diversa, quali affetti da amenza, da ebefrenia, da stupore, quali da frenosi senili precoci, da psicopatie degenerative, ecc. E in questa opinione mi induce un fatto molto espressivo, cioè la continua diminuzione del numero di casi ascritti nelle statistiche a tale psicosi. Mentre certe vesanie meglio conosciute sotto l'aspetto nosografico sono in aumento (ad es. la " monomania intellettuale „ che è poi la " paranoia „), calano invece quelle che più si prestavano ad equivoci diagnostici (ad es. la " pazzia morale „ e la " monomania impulsiva „). Lo stesso fenomeno statistico si avvera da alcuni anni nella " demenza primitiva „, la quale dà le seguenti cifre:

	U.	D.	T.	Su 1000 alienati presenti
Al 31 dicembre 1877	221	188	409	26.9
» » 1880	246	191	437	25.0
» » 1883	259	172	431	22.1
» » 1888	241	157	398	17.7
» » 1891	237	143	380	16.1
Diminuzione nell'undicennio 1880-1891 .	3,7 %	26,8 %	13,1 %	38,1 %

Possiamo poi aggiungere alle precedenti quelle demenze che solo eventualmente compaiono nel decorso d'alcune affezioni diffuse del sistema nervoso, quali sarebbero la tabe acquisita, la ereditaria o malattia del Friedreich, e la polineurite, o che accompagnano lo svolgimento avanzato di talune oscure malattie distrofiche generali, come la miopatia primitiva giovanile, la acromegalia, il missedema.

Classificazione delle varie forme di demenza.

Gruppo I. — Demenze secondarie terminali.

1. *Demenza terminale delle psicosi primitive:*
   a) — — della mania;
   b) — — della melancolia;
   c) — — dell'amenza confusionale e stupida;
   d) — — della pazzia periodica;
   e) — — della paranoia originaria e della tardiva;
   f) — — delle psicosi ebefreniche, catatoniche, ecc.;
   g) — — della degenerazione mentale, ecc.

2. *Demenza terminale delle neurosi:*
   a) — — dell'epilessia (Demenza epilettica);
   b) — — dell'isterismo grave (?);
   c) — — della corea cronica progressiva ereditaria (« Malattia di Huntington »);
   d) — — della paralisi agitante (« Malattia di Parkinson »);

3. *Demenza terminale delle cerebropsicosi tossiche:*
   a) — — dell'alcoolismo cronico (Demenza alcoolica);
   b) — — del maidismo cronico (Demenza pellagrosa);
   c) — — dell'oppiofagismo, morfinismo, ecc.;
   d) — — delle intossicazioni minerali (piombo, mercurio, arsenico, ecc.).

Gruppo II. — Demenze secondarie consecutive.

1. *Demenza consecutiva ad affezioni diffuse dell'encefalo:*
   a) — — a periencefalite cronica diffusa (Demenza paralitica, Paralisi generale progressiva degli alienati);
   b) — — ad atrofia cerebrale senile (Demenza senile);
   c) — — a sclerosi multipla disseminata in placche;
   d) — — a sifilide cerebrale.

2. *Demenza consecutiva ad affezioni localizzate dell'encefalo:*
   a) — — ad encefalomalacia (rammollimento cerebrale);
   b) — — ad emorragia (Demenza post-apoplettica, emiplegica, ecc.);
   c) — — ad encefalite, meningo-encefalite traumatica, ecc.;
   d) — — a tumori endocranici;
   e) — — ad encefalopatie infantili, tardive;
   f) — — a pachimeningite emorragica, ecc.

3. *Demenze sopraggiunte ad affezioni generali o diffuse del sistema nervoso:*
   a) nella tabe, sia pura, sia associata a paralisi generale (« Follia tabetica » di Déjérine);
   b) nella tabe ereditaria famigliale (« Malattia del Friedreich »);
   c) nella polineurite (« Psicosi polineuritica » di Korsakoff);
   d) in certe forme di distrofia muscolare progressiva, giovanile o tardiva (« Malattia dell'Erb, del Landouzy-Déjérine, Charcot-Guinon », ecc.);
   e) in certi casi di acromegalia (« Malattia del Marie »);
   f) nel missedema post-operatorio e nello spontaneo degli adulti.

Si troveranno nei rispettivi capitoli di questo Trattato le nozioni concernenti quasi tutte le demenze del secondo gruppo, nonchè quelle terminali delle neurosi e delle intossicazioni croniche: qui basterà limitarci ad alcuni cenni sul sotto-gruppo delle forme d'indebolimento mentale acquisito in seguito a psicosi.

Demenze terminali post-vesaniche. — *Frequenza.* — Le psicosi primitive che non guariscono o non arrecano nè facilitano la morte degli ammalati, passando a cronicità inducono sempre un più o meno rapido e più o meno grave indebolimento mentale. Noi abbiamo visto che la *restitutio ad integrum* costituisce un esito fortunato anche nella semplice mania, melancolia, amenza confusionale e stupida. Abbiamo poi saputo che la pazzia periodica e la paranoia, per quanto con lento processo, menano anch'esse verso uno stato irrimediabile di deterioramento intellettuale ed affettivo.

Lo stesso fatto si verifica negli stati psicopatici degenerativi di cui sarà discorso più innanzi: perfino l'idiozia e la imbecillità, che parrebbero bastare a sè medesime, peggiorano negli anni, e la demenza s'innesta sul triste loro tronco. Non diciamo poi quanto frequente sia l'esito in demenza delle psicosi epilettiche, isteriche, alcooliche, pellagrose, ecc. Insomma, si è calcolato che nei manicomii su 100 casi di vesania semplice primitiva la guarigione completa o parziale avviene soltanto in poco più della *metà;* che un *nono* od un *decimo* muore; che un altro *nono* viene trasferito o dimesso, immutato. Adunque, un *quinto* o un *sesto* almeno dei pazzi vesanici passa a cronicità. Il Bevan Lewis, scendendo ad indagini particolari, trovò che l'esito in demenza s'avvera nel 20,6 % dei maniaci; nel 15 % dei melancolici; nel 27 % degli stupidi; nel 31 % dei paranoici e deliranti sensoriali (*delusional insanity*); nel 39 % dei pazzi epilettici (*a*): e si tratta di infermi reclusi nei magnifici asili inglesi!

Questo residuo passivo di ogni specie di vesania è la precipua (non la sola) causa dell'aumento doloroso che ci offre la popolazione dei manicomii: tra pazzi, delinquenti, mendicanti, infermi incurabili, posti tutti a pubblico carico, cresce anno per anno il *caput mortuum* del corpo sociale. Pertanto in Italia le demenze terminali o consecutive ricoverate negli asili, se crescono in modo assoluto, sembrano invece diminuire proporzionalmente all'insieme di tutti i pazzi. Esse dànno le seguenti cifre:

	M.	F.	T.	Su 100 ricoverati
Al 31 dicembre 1877	1647	1593	3240	21,3
» » 1880	1940	1721	3661	20,9
» » 1883	2137	1836	3973	20,2
» » 1888	2415	2004	4419	19,5
» » 1891	2197	1882	4079	17,3

Questa diminuzione può dipendere da due cause; o si tratta d'un semplice trasporto statistico di cifre, perchè si conoscono meglio certe forme paranoiche diagnosticate una volta fra le “ demenze „; o si ha, davvero, un effetto confortante delle migliorate condizioni degli asili, le quali debbono avere contemporaneamente aumentato il numero dei guariti. Ad ogni modo, considerando le forme vesaniche a contorni netti, per esempio la mania, la melancolia, ecc., non può esser dubbio che la loro rimanenza passiva si trasmette da anno ad

(*a*) Cfr. Bevan Lewis, A Textbook of Ment. Diseases, già cit., *passim*.

anno, ed aumenta in tal modo, col progredire del tempo, il gruppo corrispondente dei dementi.

Forme. — La demenza terminale post-vesanica assume carattere diverso a seconda della psicosi, di cui costituisce lo stato cronico irrimediabile o la conseguenza. Però questo rapporto di successione o di continuità fra vesania primitiva e deterioramento mentale consecutivo non è stato finora soggetto di studii sufficienti, e gli autori se ne sbrigano con termini piuttosto vaghi. Ciò che si può dire di sicuro è che la mania, in ispecie quando non è gravissima, porta generalmente ad una forma di debolezza mentale irritabile, cioè ad una *agitazione* cronica con incoerenza nel pensiero e nel linguaggio, con incongruenza della mimica e del contegno, con impulsività bizzarra ed irrequietudine della condotta, in cui sono rare le allucinazioni, più rari ancora i delirii parziali.

La melancolia, per contro, porta abbastanza spesso verso una sistemazione delle idee deliranti, cosicchè è suo esito frequente quella che dicesi malamente, secondo me, *paranoia secondaria*. Vero che vi sono gli elementi fondamentali delle due vesanie: la depressione affettiva del lipemaniaco, l'idea erronea o delirante del paranoico; verissimo, pure, che certe forme di melancolia ansiosa offrono (e lo si vide al luogo opportuno) una sistemazione evolutiva analoga a quella del delirio cronico progressivo. Ma il maggior numero di casi presenta un grado più o meno avanzato d'incoerenza nelle idee, di deficienza nella memoria, di apatia nel sentimento; e questi sono tutti caratteri demenziali. Essi si osservano, infatti, nelle paranoie, ma per lo più dopo un lunghissimo decorso della malattia, quando si può ammettere che siano distrutte le energie di cui disponeva il soggetto per la costruzione del suo delirio, giacchè quest'ultimo procede, come un lento parassita, a scapito di tutta la vita mentale. Che anzi, è dubbio (e lo vedemmo a suo luogo) se finchè dura il delirio si possa parlare di una fase terminale di demenza, massime nella paranoia sistematica tardiva: con ragione si è designata come *pseudo-demenza* la condizione più comune dei deliranti cronici, spesso invecchiati nell'Asilo.

Un altro esito pur troppo comune delle vesanie primitive, soprattutto della mania grave, della melancolia stupida, della amenza, della catatonia, dei varii casi di delirio acuto non letale, ecc., è l'uniforme degradamento delle facoltà mentali, come se tutto il cervello fosse incolto da esaurimento: qui possiamo raggiungere la completa dissoluzione della personalità, perdersi quasi ogni reazione agli stimoli che diventano incapaci di togliere l'infermo alla sua *apatia*, e aversi l'ebetismo profondo di cui già fu parlato.

In sostanza, la demenza terminale post-vesanica può, per ora e in vista delle esigenze immediate della pratica psichiatrica, dividersi in tre varietà principali:

1° La DEMENZA INCOMPLETA CON IDEE DELIRANTI o *pazzia sistematizzata* propriamente detta: essa comprende due subvarietà, conforme all'origine delle idee deliranti:

α. Con idee deliranti secondarie o *pazzia sistematizzata secondaria* (*a*);

β. Con idee deliranti primitive, o *pseudo-demenza paranoica* (*b*);

(*a*) SINONIMIA: Paranoia secondaria, — *Secundäre Verrücktheit, Verwirrtheit*, dei Tedeschi.
(*b*) Per la sinonimia, vedi al capitolo della PARANOIA TARDIVA SISTEMATICA, pag. 208.

2° La DEMENZA COMPLETA AGITATA o *versatile* (*a*);

3° La DEMENZA COMPLETA APATICA o *profonda* (*b*).

La descrizione particolareggiata di queste forme croniche di pazzia, potendo strettamente interessare solo gli alienisti, sarà cercata nei libri speciali di psichiatria.

Anatomia patologica. — Il demente è un malato. Questa semplicissima proposizione contiene la risposta a coloro, che per molto tempo negarono la esistenza di lesioni patologiche dei centri nervosi nella pazzia passata a cronicità, e vi supponevano un puro disturbo " dinamico „. Che il cervello sia *sempre* alterato nella demenza, lo prova il fatto che più antica è la malattia e più evidenti risultano le stesse modificazioni macroscopiche della sostanza bianca e grigia, delle meningi e dei vasi cerebrali, dell'ependima e del liquido ventricolare, ecc. Senza dubbio, codeste alterazioni nulla hanno di specifico perchè, a giudicarne dalle nostre ancora imperfette conoscenze anatomo- ed istopatologiche, non esiste alcun processo morboso che caratterizzi esclusivamente la demenza. Ma considerando le cose nell'insieme, possiamo affermare che l'alterazione più costante negli stati di indebolimento psichico acquisito è l'atrofia dei centri encefalici, e soprattutto della sostanza corticale.

Il *peso assoluto* e *relativo* della massa encefalica, e in ispecie degli emisferi del cervello, è sempre al disotto della media, non tanto dei sani, quanto di tutta la serie dei pazzi. Conforme a ciò vi è aumento del peso specifico, forse in causa della sclerosi; sproporzione fra la *massa del cervelletto* e quella del *cervello;* ed incremento del *liquido encefalo-rachidiano* e degli inviluppi, per riparare al vuoto dello speco cranio-vertebrale. Ecco i pesi assoluti medii di 58 cervelli di dementi, di cui 31 uomini e 27 donne, misurati dall'Amadei:

	U.	D.
Demenza terminale apatica	1331 gr.	1100 gr.
» » agitata	1352	1140
» » in genere	1333	1114
» senile	1281	1157
Tutte le demenze	1313	1130
Media della serie di pazzi	1403	1198
Perdita indotta dalla demenza	6,4 %	5,6 %

Quanto ai reperti istologici, essi forniscono essenzialmente le prove di un processo degenerativo degli elementi nervosi, così delle cellule come dei loro prolungamenti e delle fibre, di contro ad una frequente ipertrofia della sostanza connettiva. Le cellule piramidali sono diminuite di numero, i nuclei si colorano poco col carminio, ecc. Nello stesso tempo si notano alterazioni dei piccoli vasi sanguigni, dilatazione degli spazii perivascolari e linfatici, granulazioni dell'ependima ventricolare, e simili altri fatti i quali stanno ad indicare processi anatomici di lentissimo decorso, e solo fino ad un certo punto richiamano quelli dell'in-

---

(*a*) SINONIMIA: Moria, ant.; — Demenza caotica; — *Narrheit*, ted.; — *Angeregter* o *beweglicher Blödsinn*, KIRCHHOFF; — *Secundäre Schwachsinn*, KRAEPELIN.

(*b*) SINONIMIA: Ebetudine; — *Stumpfsinn*, ted.; — *Apatischer* o *stumpfer Blödsinn*, KIRCHHOFF; — *Secundäre Blödsinn*, KRAEPELIN.

voluzione senile. In realtà, più che di senilità degli elementi staminali nei centri nervosi, parrebbe che si avessero indizii di semplici alterazioni distrofiche: sin qui anzi, le lesioni trovate nei cervelli di dementi e di melancolici cronici avrebbero poca entità (Tirelli), se si raffrontano col grado di deterioramento mentale cui dovrebbero corrispondere. È probabile che, non processi morbosi propriamente detti, ma bensì disturbi cronici di nutrizione cerebrale costituiscano il substrato della demenza.

Bibliografia. — Oltre ai Trattati generali di Psichiatria, si consultino: Riva G., Art. " Demenza „ nell'*Enciclop. med. ital.*, 1877? — Kraepelin, Ueber psychische Schwäche; *Archiv f. Psych. u. Nerv.*, XIII, 2° — Mendel, Art. " Demenza „ nella *Real-Encyclopaedie* (trad. ital., vol. IV, 1890, pag. 379); — Wittkowsky, Ueb. den Schwachsinn, *Neurolog. Centralblatt*, 15 dic. 1886 — Tonnini, La paranoia secondaria; *Riv. sper. di Freniatria*, 1895 — Tirelli V., Sull'anat. patologica degli elementi nervosi, in diverse frenosi; *Annali di Freniatria e Sc. affini*, Torino 1895.

(E. MORSELLI)].

[D. PSICOSI COSTITUZIONALI DEGENERATIVE

(PARAFRENIE)

Arresti ed anomalie di sviluppo cerebrale,
con formazione insufficiente od anomala della personalità,
e con pervertimento originario del tipo psichico normale (E. M.)].

SINONIMIA: Degenerazione mentale [(BALLET, nel testo, conforme alla scuola del MAGNAN)]: — Disgenesie cerebrali [(RÉGIS)]. — Imbecillità, debolezza e squilibrio mentali [(VARII AUTORI)]. — Follia degli ereditarii (MOREL). — [Psychische Entartungen, ed Entartungspsychosen; Degenerative Psychosen (AUTORI TEDESCHI). — Psychische Degenerescenz: Psychische Entwickelungs-Anomalien (in gran parte, KRAEPELIN). — Constitutional Insanity (in parte, SPITZKA). — Psychopatische Minderwerthigkheiten (in generale, KOCH). — Psychopatia degenerativa (Alienisti Russi). — Geistesstörungen der Entarteten (DORNBLÜTH). — Parafrenie, Degenerazioni psichiche (MORSELLI, 1883) (E. MORSELLI)].

Definizione [e cenni storici]. — Le malattie mentali fin qui descritte, sia che esse si sviluppino oppure no sotto l'influenza di cause occasionali, presuppongono, come abbiamo visto, nella maggior parte dei casi l'esistenza di un'ereditarietà non immune da germi morbosi. In tali casi, il nervosismo dei genitori, e fors'anche le loro labi gentilizie di altra natura, si trasmettono ai discendenti sotto forma di predisposizione, che si manifesta episodicamente sia con un accesso solo di mania o di malinconia, sia collo sviluppo di una malattia a decorso progressivo o durevole, come sarebbero la paranoia persecutoria sistematica o la follia periodica. Queste forme sono, quindi, il più spesso delle psicosi *ereditarie*. Ma negli intervalli degli accessi, o prima dello sviluppo completo della malattia mentale cronica, gli individui, che ne sono affetti, non presentano alcuna notevole lesione dell'intelligenza o del carattere: sono individui normali, [in cui lo sviluppo della personalità s'è completato secondo le leggi ordinarie, pur rimanendovi latente la predisposizione ai disturbi della psiche, pronta a rivelarsi sotto stimoli che resterebbero senza effetto nelle persone sane, immuni da ogni qualsiasi labe (E. M.)].

Non così succede pegli individui, dei quali ora passiamo a parlare. Di fatti, nei *degenerati* le cause morbose, il più spesso ereditarie, in qualche caso peculiari all'individuo, hanno impedito lo sviluppo regolare del sistema nervoso [e, conseguentemente, della personalità (E. M.)]; e perciò questi soggetti presentano permanentemente imperfezioni intellettuali o morali facili a rilevarsi anche nell'età bambina. Sono individui psichicamente e, spesso anche fisicamente, anormali, nei quali il delirio passeggero o duraturo, quando scoppia, non è, come nelle psicosi precedentemente studiate, solo il risultato di una predisposizione rimasta latente fino allo scoppiare di esso, ma costituisce l'ultimo termine di uno stato originario ed abituale di inferiorità cerebrale o di squilibrio mentale. [È questo il motivo per cui tutti gli stati psicopatici degenerativi, più che vere e proprie malattie, sono o anomalie di costituzione psichica, od efflorescenze legittime di tale costituzione. Régis le denomina " disgenesie cerebrali ", ma io prima di lui le dissi " parafrenie " (*a*), volendo

---

(*a*) Da παρά, fuori o contro, e da φρήν, sede delle facoltà affettive, intellettive e volitive dello spirito; donde i termini affini παραφρονέω, io sono dissennato, io deliro; παραφροσύνη, delirio; παράφρων, colui che travia dal retto sentire, delirante (E. M.).

con ciò indicarne i due caratteri più cospicui: la deviazione di sviluppo; e la immedesimezza dello stato anomalo della psiche con il processo evolutivo del suo substrato organico, il cervello (E. M.)].

I *degenerati* sono abbastanza spesso designati col nome di *ereditarii*, ed in molti Trattati le due espressioni sono usate promiscuamente. Questa sinonimia, a nostro avviso, non è però esatta e può portare della confusione: l'espressione " ereditario " implica un'idea eziologica, quella di " degenerato " un'idea sintomatica. Inoltre, non tutti i degenerati sono, come vedremo, ereditarii: e viceversa, come abbiamo dimostrato, non tutti gli ereditarii sono dei " degenerati ". Quest'ultima espressione si applica esclusivamente agli individui affetti da sviluppo incompleto e difettoso del cervello, qualunque sia la causa determinante di questa deformità, vuoi ereditaria vuoi acquisita. Cotale difetto di sviluppo si rivela molto meno con caratteri anatomici, che con viziata funzione dell'organo.

[Quando il difetto è dovuto all'eredità, si spiega col fatto che essa diminuisce l'energia vitale di un organismo, e gli vieta di svolgersi in conformità delle leggi bioantropologiche del tipo normale, oppure lo rende meno resistente di fronte ai comuni agenti morbigeni, cui l'essere è sottoposto fino dai primi momenti dell'ontogenesi e lungo tutto il decorso di questa. Ne segue che il nuovo essere è soggetto, con grandissima frequenza, alle affezioni endouterine, alle mostruosità e teratomorfie in genere, alla nati-mortalità e mortalità infantilé, alla mortalità infettiva in causa del suo scarso potere di fagocitismo; e che, più tardi, tutti i maggiori rivolgimenti del suo ciclo biologico individuale, periodo di sviluppo e periodo involutivo della vita sessuale, mestruazioni, gravidanze, senescenza incipiente, ecc. ecc., avranno un influsso disastroso sulla di lui vita mentale. Quando, per contro, la degenerazione è acquisita, essa non può più arrestare o interrompere il corso dell'evoluzione della personalità, ma può bensì disgregar questa nei suoi elementi primi, cancellare i perfezionamenti ultimi raggiunti dall'individuo, distruggere l'equilibrio delle sue funzioni nervose, perturbare e pur anco invertire la formula del suo ricambio materiale e dinamico, ed infiacchire in lui l'energia vitale così che la discendenza ne sia in vario modo originalmente ingracilita ed abnorme (E. M.)].

Fu B. J. Morel (1) [direttore del Manicomio di *Saint-Yon* in Normandia] che fece rivolgere l'attenzione degli alienisti sulle cause che determinano la " degenerazione " e sulla sua sintomatologia. [Egli ebbe il merito, in primo luogo, di dimostrare che, oltre all'eredità, sono *cause degeneratrici* della specie e della famiglia le intossicazioni con a capo l'alcoolica, l'ambiente sociale, la miseria, certe professioni industriali insalubri, certi climi, con a capo il palustre, la costituzione geologica del suolo, le infermità congenite o acquisite, ecc.; in secondo luogo, che le *pazzie ereditarie* si distinguono dalle altre per caratteri speciali. Il di lui concetto della eredità neuropsicopatica fu esteso contemporaneamente dal Moreau (de Tours) *seniore* ad un più largo ed importante campo di applicazione: allo studio, cioè, dei fenomeni umani e sociali, fra cui la passione, la criminalità, la prostituzione, l'eccentricità (il " mattoidismo "), il genio, tutti i fenomeni più culminanti della psiche individuale e collettiva (*a*). L'albero genealogico della " neuropatia ereditaria " del distinto alienista di

(1) Morel, Traité des dégénérescences [phys. intell. et mor.] de l'espèce humaine, Parigi 1857, e: Traité des maladies mentales, Parigi 1860, p. 571 e seg. [Cfr. per l'enumerazione dei fattori di degenerazione spec., a pp. 47-65 dell'op. *Tr. des Dégén.*, e a pp. 578-583 del *Tr. Mal. ment.* (E. M.)].

(*a*) Cfr. Moreau (de Tours), sen., La Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'Histoire, Paris, V. Masson, 1860.

Bicêtre getta pur sempre vigorose propaggini, per quanto, fecondate come or sono dalle teorie evoluzionistiche, possano rampollarne rami a prima vista differenti. Tutte le dottrine della scuola antropologica criminale italiana, così ardita nelle sue conclusioni, così attiva nel suo apostolato, derivano, giova pur dirlo, dai fondamentali lavori di Morel e di Moreau; ed è in essi che si va di quando in quando a cercare altri e men noti concetti geniali da ampliare o da illustrare.

La teoria della " degenerazione „ è stata quasi affatto trascurata per venticinque anni dagli alienisti francesi (*a*), salvo il Legrand du Saulle (*b*); ma essa intanto trovava accoglienza fra gli antropologi e gli psichiatri di altri paesi. In Italia se ne fecero campioni autorevoli il Lombroso, e poco dopo il Virgilio, massime nelle loro primitive idee a riguardo dell'atavismo e della natura patologica della delinquenza (*c*); seguimmo io e Tamburini con le nostre ricerche antropologiche sull'idiotismo (*d*). Ma furono gli alienisti tedeschi Kahlbaum, Kind, Richarz, Arndt, Schüle, Koch (*e*), e sopra tutti il Krafft-Ebing, quelli che diedero la più decisa intonazione clinica al lato psichiatrico della dottrina: essi definirono meglio i sintomi, il decorso e l'esito delle psicosi ereditarie, insorgenti, com'essi dissero, in " cervelli invalidi „ o incompletamente sviluppati, e ne mostrarono le divergenze dalle altre che insorgono in " cervelli validi „ e a sviluppo completo. Che se il Morel e i francesi in genere, seguìti dall'inglese Maudsley, avevano rilevata assai bene l'indole degenerativa dei perturbamenti nella sfera affettiva e morale, conviene dare ai tedeschi il merito d'avere fatto altrettanto per i perturbamenti nella sfera intellettiva. Alludo qui alla grave questione dei delirii primitivi e delle idee incoercibili, che intuita dal Morel col suo " delirio a esplosione istantanea „ e col suo " delirio emotivo „, non è stata approfondita, come abbiam visto nel capitolo sulla paranoia tardiva, se non durante gli ultimi anni in Germania e poco dopo in Italia (Buccola, Morselli). È da qui che la dottrina odierna delle degenerazioni, corretta e ampliata, ha fatto ritorno alla psichiatria francese. La quale però non l'ha riaccolta senza gravi difficoltà, siccome prova la lunga discussione avvenuta nel 1886 in seno alla Società medica psicologica parigina intorno alla pazzia ereditaria ed al delirio dei degenerati (E. Morselli)].

Dopo di Morel è V. Magnan (1) che [in Francia] si è particolarmente occupato a far rilevare i caratteri della degenerazione mentale e dei delirî degenerativi. [Egli ha creato fra i giovani alienisti francesi una scuola che si è messa

---

(*a*) Di tale oblio delle dottrine moreliane se ne ha un bel saggio in Dagonet, Nouveau Traité élem. et prat. des Mal. ment., 1876, p. 476. — Invece i filosofi e gli psicologi facevano buon viso alla teoria della eredità per spiegare i fenomeni psichici normali (Cfr. Ribot, L'hérédité psychologique, Parigi, J. Baillière, 1873, IIª ediz., F. Alcan, 1882) (E. M.).

(*b*) Legrand du Saulle, La folie héréditaire, in *Gaz. des Hôp.*, 1873.

(*c*) Cfr. Lombroso, L'uomo delinquente, comunicazioni varie al R. Istituto Lombardo, 1874-77. — Virgilio G., Sulla natura morbosa del delitto; *Riv. carceraria*, Roma 1875.

(*d*) Cfr. Morselli e Tamburini, Contr. allo studio sperim. delle Degenerazioni fis. e intellettuali dell'uomo. I. Idioti; *Riv. di Fren.*, I-II, 1875-76.

(*e*) Cfr. Kahlbaum, Gruppirung d. psych. Krankheiten, Danzig 1863. — Arndt, Ueb. neuropathische Diathese; *Berl. klin. Woch.*, 1875. — Kind, in *Allg. Zeit. f. Psych.*, XXXII, 1876. — Richarz, in *Congresso med. e nat. ted.*, Wiesbaden 1873; *Allg. Zeit. f. Psych.*, XXX, 1874, e: Ueber Zeugung und Vererbung, Bonn 1880. — Schüle, Hdbch. d. Geisteskrank., 1ª edizione, 1878. — Krafft-Ebing, Lehrb. d. Psych., 1ª ediz., Stuttgart 1879-80. — Koch J. L. A. Leitfaden in d. Psychiatrie, Ravensburg (trad. ital. dal dottor S. Tonnini, Milano 1888), e: Die psychopathische Minderwerthigkeiten, Iª e IIª parte, Ravensburg 1890-92 (E. M).

(1) Magnan, Leçons cliniques sur les maladies mentales [1881-92], Parigi 1893, p. 157 e seg., e Soc. médico-psychologique, sedute del 1886.

ben presto all'avanguardia della corrente odierna psichiatrica, in taluni punti lasciandosi fors'anco trasportare dalla foga della novità; come quando tutte le idee fisse e le impulsioni sono da lei collegate con la degenerazione, mentre un buon numero è di indole neurastenica acquisita. Il maggior merito di questa scuola consiste nell'aver segnalata la legge di evoluzione del delirio sistematico della paranoia tardiva (*a*). Ma tutto ciò che concerne le stimmate della degenerazione, l'indole degenerativa della pazzia morale, della mania ragionante, delle idee ossessive, degli impulsi incoercibili, delle psicosi periodiche, ecc., le relazioni mutue fra le svariate anomalie psichiche, pazzia, delitto, suicidio, vizio, e fra le grandi neurosi, epilessia, isteria, neurastenia, ecc., era già da molti anni patrimonio indiscusso della psichiatria italiana e tedesca, e soprattutto della nostra scuola antropologica-criminale, prima che a Parigi si pensasse a rimettere in onore il genio obliato dei loro Morel e Moreau de Tours (E. M.)].

Eziologia. — *a*) L'*ereditarietà* domina l'eziologia di tutti gli stati degenerativi, ed è tale la sua importanza che, come avemmo occasione di dire, la si considerò a torto quale elemento necessario, senza del quale non esisterebbe stato degenerativo. Ad onta, però, delle riserve imposte da quest'affermazione troppo esclusiva, non v'ha dubbio che la maggioranza dei degenerati siano ereditarii; ma converrà intenderci bene sul significato delle parole " ereditario „ [ed " eredità patologica „] (*b*).

Nel nostro caso, almeno in via generale, non si tratta di eredità omologa, bensì della trasmissione ai discendenti di un vizio originario dipendente da svariatissime affezioni dei progenitori. Queste affezioni sono il più spesso di natura nervosa: organiche, come l'atassia o la paralisi generale; neurosiche, come l'epilessia, l'isteria, la corea; malattie mentali diverse o semplici originalità e bizzarrie di carattere. In tali casi, diciamo trattarsi di eredità *neuropatologica*, [la quale poi è ben raramente *similare* (figlio pazzo da padre pazzo, figlia isterica da madre isterica, ecc.), ma per lo più è *dissimilare* (figlio pazzo morale da madre isterica, figlia epilettica da padre paralitico, ecc.) (E. M.)].

Morel, che fu uno dei primi a far rilevare l'importanza dell'ereditarietà nella genesi della degenerazione della specie, aveva già tentato di fissarne le leggi. Secondo lui, la degenerazione sarebbe la conseguenza dell'aggravamento progressivo della labe ereditaria attraverso le generazioni. In sul principio, può aversi a che fare con una semplice esagerazione del temperamento nervoso; più tardi, con una delle grandi nevrosi, isteria, epilessia, ipocondria; in un terzo stadio, con una delle varie forme di pazzia; finalmente, coll'idiozia, termine ultimo della degenerazione della specie, che sarebbe poi colpita da sterilità, incapace quindi a riprodursi. Ma le cose non vanno abitualmente colla regolarità descritta da Morel. Se all'atto della procreazione prenda parte un individuo robusto ed immune da labe nervosa, basta questo fatto perchè

(*a*) La " scuola di Sainte-Anne „ è, per quanto io so, rappresentata da Magnan, che n'è il capo, da Gérente, Garnier, Legrain, Sérieux, E. Laurent, G. Ballet, ed altri valorosi lavoratori (E. M.).

(*b*) [Sui fenomeni e sulle leggi dell'ereditarietà, cfr. i seguenti lavori di italiani: Buccola, La dottrina dell'eredità e i fenomeni psicologici, Palermo 1879. — Falco, L'eredità dell'ingegno, Lucca 1882. — Canestrini, La teoria dell'Evoluzione, 1ª ediz., Torino 1878; IIª ediz. [s. d. 1893]. — Vignoli, Eredità del carattere morale, nella mia *Riv. di Filosofia scientifica*, 1883. — Sergi, Stratificazione del carattere, ivi, II, 1883, p. 537. — Fazio E., Trattato d'Igiene, Atavismo e Mesologia, IIª ediz., Napoli 1866, prima parte. — Boschetti F., Le leggi dell'ereditarietà nell'uomo e negli animali, ecc., Torino 1890. — Lemoigne, Ipotesi dell'eredità, Milano 1894. — Morselli, Antrop. generale, *passim;* e: Articoli " Eredità „ ed " Ereditarietà patologica „ in collaboraz. con Cardini Giulio, nel *Dizionario illustr. di Pedagogia*, Fr. Vallardi, 1894-95 (E. M.)].

spesso si attenui o scompaia l'influenza sfavorevole dell'altro progenitore. E così la degenerazione non è fatalmente progressiva, giacchè una buona selezione può arrestarne il decorso, [senza parlare dei non rari salti che l'eredità morbosa fa attraverso le generazioni di una stessa famiglia (E. M.)].

Ma l'eredità non ripete la sua causa possibile soltanto nelle affezioni nervose dei genitori. Alcune intossicazioni croniche imprimono all'organismo dei genitori tali modificazioni, che possono influire sui discendenti. Fra queste l'*alcoolismo* occupa il primo posto. La sua influenza sulla genesi delle varie forme di degenerazione, e specialmente dell'idiozia, è fuori di contestazione (1): [e qui soprattutto si vede nel fatto avverarsi la legge progressiva determinata da Morel, la quale può formularsi, con opportune varianti, nel modo seguente:

I. *Generazione:* Depravazione morale, abusi di vita, abitudini alcooliche, eccessi di alcoolismo;
II. *Generazione:* Ubbriachezza abituale, accessi maniaci, encefalopatie croniche (paralisi generale progressiva);
III. *Generazione:* Ipocondria, *taedium vitae*, melancolia; tendenza al suicidio, alla prostituzione, al delitto (criminali « delinquenti-nati »), anomalie organiche, gracilità fisica, mortalità maggiore, mortalità precoce (malattie dell'infanzia);
IV. *Generazione:* Imbecillità, idiotismo, mostruosità, sterilità assoluta nel matrimonio, nati-mortalità (aborti);
V. *Estinzione della famiglia.*

Sembra però che il ciclo di cinque generazioni stabilito dal Morel, come bastevole a portare la scomparsa della discendenza diretta degli alcoolisti, sia troppo lunga (Legrain): la clinica mostrerebbe che il ciclo degenerativo nel maggior numero dei casi si accorcia e si riduce a tre od anche a due sole generazioni (E. M.)].

Probabilmente l'intossicazione cronica [che può dirsi esogena] da piombo, da oppio, e da varii altri *tossici* determina analoghi effetti. Ma su quest'argomento abbiamo dati troppo incerti: [rimangono ancora da ristudiarsi, col nuovo indirizzo della neuropatologia, le dottrine di Morel intorno alle conseguenze trasmissibili delle etero-intossicarioni (E. M.)].

Lo stesso dicasi di certe *malattie croniche auto-tossiche*, gotta, [artritismo], diabete. Charcot tentò dimostrare [e dimostrò, infatti], lo stretto rapporto che passa fra quest'ultima affezione degli ascendenti e le malattie nervose di varia natura dei discendenti; [laddove Bouchard mise in evidenza le relazioni dell'eredità patologica coi disturbi generali di nutrizione (E. M.)].

Anche le *malattie infettive* possono mettere i genitori in condizioni tali da renderli inetti ad un concepimento bene organizzato. Tale, almeno, è il caso della sifilide. Pare dimostrato che i figli dei sifilitici, senza presentare alcuna stimmate della malattia specifica ereditaria, possono cadere in degenerazione fisica od intellettuale. Talvolta sono corti d'intelligenza ed incapaci a lavori intellettuali; tal'altra imbecilli od idioti (Fournier) (2).

Da quanto abbiamo detto, emerge che la parola " eredità „ usata nello studio delle degenerazioni deve essere compresa in un senso molto largo, e si ha la ragione del fatto che le ricerche, nelle quali ci si limitasse a mettere in chiaro

(1) Si consulti al riguardo: [Combemale, La descendance des alcooliques, Montpellier 1888]; P. Sollier, Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme, Parigi 1889, e Legrain, Hérédité et alcoolisme, Parigi 1889. [Cfr. dello stesso: Dégénéréscence sociale et alcoolisme, Parigi 1895. — Morselli, in *Gazz. degli Ospedali*, 1895].

(2) Fournier, Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis, nella *Médecine moderne*, 1890.

la sola eredità nervosa, rimangono spesso infruttuose (*a*). [Il miglior metodo per chiarire le vere condizioni dell'ereditarietà patologica nella famiglia di un degenerato, consiste nel compilarne con la massima cura l'albero genealogico, disponendo graficamente tutte le informazioni raccolte a riguardo dei progenitori e parenti collaterali dell'alienato (*b*). Ne riferisco qui un esempio classico, che mostra le strette relazioni fra tutte le branche fisiche e psichiche della degenerazione (*c*).

GENERAZIONI

Iª — NONNO, bevitore, † a 50 anni per *delirium tremens*

IIª — MADRE, sana, un po' *eccitabile* maritata ad un uomo sano

Gen.	1) FIGLIA	2) FIGLIO	3) FIGLIO	4) FIGLIO	5) FIGLIO	6) FIGLIO
IIIª	*melancolia*, tendenza al *suicidio*, m. con un tubercoloso	*melancolia*, tendenza al *suicidio*, m. con donna sana	*melancolia*, † per *suicidio*	*neuralgia*, m. con donna nervosa	*carie* della colonna vertebrale † a 21 anni	† a 5 anni per *ascesso cerebrale*
IVª	*a*) FIGLIA † *eclampsia puerperale* *b*) FIGLIO † tubercolosi *c*) FIGLIA † a un anno per *convulsioni*	Parecchi FIGLI apparentemente sani (al momento della osservazione)	Otto FIGLI dei quali *a*) due † a un anno per *convulsioni* *b*) due figlie *neuralgiche* *c*) una figlia *attacchi epilettiformi*	*a*) FIGLIO *deformità fisica* (orecchio di Morel) *b*) FIGLIA † a un anno per *convulsioni* *c*) FIGLIA *polidattilia*, leggero *idrocefalo* *d*) FIGLIA sembra sana (fino ad ora)		

(*a*) [Sulla ereditarietà patologica, intesa secondo i moderni concetti, veggansi: — MÖBIUS, Ueber nervösen Familien; *Allg. Zeit. f. Psych.*, XL, 1884. — BALL e RÉGIS, Les familles des aliénés; *Encéphale*, 1883. — FÉRÉ, La famille néuropathique; *Arch. de Neurologie*, 1884. — DÉJÉRINE, L'hérédité dans les mal. du syst. nerveux; Thèse de Paris, 1886. — BOINET, Les parentés morbides; Thèse de Paris, 1886. — FÉRÉ, La fam. neurop., Théorie tératologique de l'hérédité, etc., Parigi, F. Alcan, 1894. — PERUGIA, Le famiglie psicopatiche; *Riv. di Fren.* (Atti VIII Congr. fren.), 1894 (E. M.)].

(*b*) Cfr. DOUTREBENTE, Étude généalog. sur les aliénés hérédit.; *Ann. médico-psych.*, 1889. — Uno stupendo esempio di albero genealogico d'una famiglia di alienati, neuropatici, convulsionarii, eccentrici, pseudo-geniali, ecc., fu dato molti anni or sono dal BERTI (Sulla eredità dei morbi nervosi; *Mem. R. Ist. Veneto*, XIV, 1869). Io l'ho riportato nel mio Man. di Semejotica, vol. I, 1885.

A proposito delle genealogie di pazzi, è curiosa e giusta l'osservazione fatta dal GUCCI (*Lo Sperimentale*, 1887) che nelle famiglie di degenerati si battezzano spessissimo i figli con nomi strani, scelti dalla mitologia, dalla storia, dalla politica, dai fatti di cronaca e simili: talvolta si applicano loro persino dei neologismi bizzarri; e l'usanza dura per parecchie generazioni (E. M.).

(*c*) Nel quadro genealogico sono date soltanto le notizie che si potettero raccogliere intorno a

Da uno studio del Dr Perugia risulta che in una sola famiglia possono annoverarsi fino a *dodici* alienati, e che sempre la degenerazione fisica va di pari passo con la morale. Su 24 famiglie psicopatiche di cui si è potuto costrurre l'albero genealogico, 11 si mostrano già condannate a sparire: le forme morbose vi si vanno sempre più aggravando, poichè gli abusi sessuali, l'alcoolismo, il morfinismo, l'onanismo, vi agevolano i progressi della degenerazione. È pur noto che gli alienati ereditarii offrono minore immunità per le malattie fisiche comuni. Ned è raro il caso che alla triste labe si sovrapponga la influenza perturbatrice di cause, che, come un trauma, una infezione scarlatinosa, l'elmintiasi e simili, sarebbero restate senza effetto sul sistema nervoso d'un individuo immune da ogni macchia gentilizia.

Notevole è la tendenza che hanno le famiglie degenerate di unirsi fra loro: tuttavia le unioni rimangono spesso sterili. Risulterebbe poi provato da vecchie ricerche di Baillarger, sempre più confermate (anche da Perugia), che la eredità materna si propaga ad un maggior numero di discendenti (E. Morselli)].

Già da lungo tempo fu notata l'influenza dannosa dei matrimonii fra consanguinei: ma, al presente, è dimostrato che la *consanguineità* non costituisce per sè stessa una condizione di difettoso concepimento; bensì che trasmette con maggiore sicurezza i caratteri comuni ai due congiunti. Ecco perchè nelle famiglie con labe nervosa, od altra, essa concorre grandemente alla decadenza della famiglia, [come si scorge evidente nell'aristocrazia di ogni Stato civile, antico o moderno, o fra gli Ebrei disseminati per l'Europa.

Fu pure avvertita da gran tempo la forte proporzione di stimmate degenerative, di stati psicopatici costituzionali e di casi di vera pazzia, fra gli *illegittimi*, e i *trovatelli*, la cui nascita è, nella massima parte dei casi, il prodotto del libertinaggio e della prostituzione (*a*) (E. M.)].

Altro fatto dimostrato si è che una troppo grande *disparità nell'età* fra il marito e la moglie espone i bambini nati da questo connubio ai varii vizii degenerativi. [Questa influenza biologica fu verificata in particolar modo dal Marro pei delinquenti e pazzi morali. Lo stesso Marro ha raccolto anche i casi più noti di *follia gemellare*, già illustrata dal Ball e da altri, la quale è una bella conferma del valore della predisposizione famigliale (*b*) (E. M.)].

b) All'infuori di qualsiasi stato patologico abituale, i parenti possono generare dei figli male costituiti ove si trovino in *cattive condizioni* nel momento del coito fecondante. Questa cognizione è antica.Esiodo raccomandava di astenersi dal coito al ritorno da cerimonie funebri. E, senza rimontare a tempi sì antichi, i cronisti ci riferiscono come uno dei figli adulterini di Luigi XIV, affetto da debolezza mentale, abbia ricevuto il nome di " figlio del Giubileo „ perchè era stato concepito durante uno schianto di lacrime della signora di Montespan vivamente commossa pelle cerimonie giubilari. Si volle anche sostenere che i figli legittimi sono spesso inferiori ai naturali, perchè quelli sono, come si dice nella *Follia* di Erasmo, " il frutto di un noioso dovere coniugale „. Nel *Re Lear* di Shakespeare, il bastardo invoca questo fatto in suo favore: e invero la storia pare gli dia ragione: per convincersene, basta paragonare Don Giovanni

---

questa famiglia: non è escluso, per ciò, che la ereditarietà patologica cominci esclusivamente coll'alcoolismo del nonno e non abbia altre molte propagazioni collaterali. Il segno *m* indica *ammogliato* o *maritata;* il † indica *morte* (E. M.).

(*a*) Cfr. Cristiani, La pazzia negli illegittimi; *Arch. Psich. Ant. crim.*, XIII, 1892.

(*b*) Cfr. Marro, in *Arch. di Psich. Antrop. crim.*, VII, 1886.

d'Austria a Filippo II, Vendôme a Luigi XIII (*a*). Ma per considerare dei fatti più precisi e di osservazione quotidiana, al presente è dimostrato che i bambini concepiti durante l'ubbriachezza del padre hanno molte probabilità di nascere idioti, epilettici o deboli di mente (1). Onde con molta ragionevolezza Christian ha richiamata l'attenzione su questo fatto nella discussione sollevata alla Società medico-psicologica sulle follie ereditarie (2).

c) Le *emozioni*, e, più ancora, gli spaventi i traumi e le malattie che possono colpire la madre durante la gestazione, esercitano spesso un'influenza dannosa sullo sviluppo del bambino. Le esperienze di Dareste e quelle più recenti di Chabry dimostrano come si possano a volontà provocare delle mostruosità, ledendo sperimentalmente il prodotto del concepimento. La clinica prova poi che le malattie fetali costituiscono una causa ben definita, se non molto frequente, di degenerazione (Bouchereau).

[Pur notevole sembra essere l'influenza degli anni di guerra, come fu provato in Francia per il lungo e sanguinoso periodo Napoleonico, e per quello non meno disastroso, sebbene più breve, della guerra con la Prussia e della Comune. Effetti non meno dannosi sulla prole hanno i periodi di carestia e di epidemia (E. M.)].

d) Lo stesso dicasi delle *malattie dell'infanzia* (Lasègue, Cotard). I degenerati, dice Cotard (3), " sono prima di tutto nati tali, o divenuti tali per affezioni infantili o giovanili. La loro caratteristica si è di esserne stati colpiti nel periodo dell'accrescimento, e di presentare quindi degli arresti di sviluppo, delle deformità fisiche e dei difetti morali ". Riguardo alla natura delle affezioni capaci di determinare tali conseguenze, non abbiamo ancora idee ben chiare: si invocarono, prima di tutto, i traumi, poi le affezioni febbrili acute, il morbillo, la scarlattina, il tifo addominale, la difterite, la febbre remittente, il vaiuolo, gli orecchioni, la tosse ferina. Certo, conviene vagliare bene l'influenza di queste varie affezioni, perchè dessa non è per tutte ben dimostrata. Se spesso ci riesce possibile di far risalire ad una malattia dell'infanzia, caratterizzata specialmente da febbre e da convulsioni, l'origine dei disordini cerebrali, non sempre riesce facile di stabilire la natura di essa. Ad ogni modo, il tifo nella seconda infanzia è una delle affezioni, la cui influenza eziologica [sulle psicopatie degenerative] è meglio conosciuta.

Riguardo alla sifilide ereditaria, la sua azione pare dimostrata in un certo numero di casi (*b*).

(*a*) [Sulle famiglie storiche, cfr. Galton, Hereditary Genius, 1869. — Wiedemeister, Die Cäsar-Wahnsinn, Brunschwich 1877. — Jacoby, Études sur la sélection dans ses rapports avec l'hérédité chez l'Homme, Parigi 1882. — De Candolle, Histoire des sciences et des savants depuis deux siècles, Genève-Bâle 1885. — Ireland, The blot upon the Brain, Edinburgh, I^a ediz., 1885; II^a ediz., 1890. — Mayor E., La famiglia dei Cesari, *Atti I Congr. Antrop. Crim.*, Roma 1885. — Io da più anni raccolgo, notoriamente, i materiali sulla legge biologica d'evoluzione della famiglia, e in varie conferenze pubbliche ho dato le notizie preliminari d'una mia prossima opera, dal titolo: Origine e fine delle aristocrazie. Saggio di una storia naturale della famiglia umana (E. Morselli)].

(1) Si consultino al riguardo: Ch. Féré, Comunicazioni alla Società di biologia, *passim*. Deformità determinate dall'impregnamento di alcool delle uova fecondate [di gallina].

(2) *Ann. médico-psych.*, 1886, II, p. 254 e seg.

(3) J. Cotard, Soc. médico-psych., 26 gennaio 1886, negli *Ann. médico-psych.*, 1886, vol. I, p. 427 e seguenti.

(*b*) [Ricerche recenti di Gowers, specialmente sulla sifilide ereditaria tardiva, hanno posto fuori di dubbio l'enorme influenza degeneratrice della lue celtica (E. M.)].

[**Bibliografia.** — Sull'argomento della degenerazione consultinsi, oltre ai classici lavori del Morel, del Moreau de Tours, del Lombroso, e a quelli citati nelle mie note al testo, le seguenti opere sintetiche: — Lucas Prosper, Traité de l'hérédité naturelle, due vol. Parigi 1847-50. — Reich E., Ueber Entartung des Menschen, ihre Ursachen u. Verhütungen, Erlangen 1868 (per la pazzia ereditaria, v. pp. 98-144 e 433). — Darwin, Variazione delle piante e degli animali, trad. ital., Unione Tip.-Editrice, 1878, cap. XII-XIV, pp. 374-448. — Dally, art. " Dégénéréscence ", in *Dict. encycl. des Sc. méd.*, 1881. — Cullerre, Nervosisme et néuroses, Parigi 1887. — Sergi, G., Le degenerazioni umane, in *Bibl. scient. int.*, Milano 1888. — De Giovanni A., Il criterio dell'ereditarietà quale elemento diagnostico; *Gazzetta med. Pr. Venete*, 1882, e l'opera: Morfologia del corpo umano, Milano, Hoepli, 1891. — Venturi S., Le degenerazioni psico-sessuali nella vita degli individui e nella storia delle società, Torino 1892. — Magri F., La degenerazione considerata nella sua causa, Pisa 1891 (pretende sia dovuta ad anomalie della circolazione venosa dell'encefalo). — Legrain, Dégénéréscence dans l'éspéce humaine; *Ann. de la Polyclinique*, 1892. — Sanson, L'hérédité normale et pathologique, Parigi 1893. — Weismann A., Rückschritt in d. Natur; *Biolog. Centralbl.*, 1883; (cfr. Essais sur l'hérédité et la selection, trad. franc., Parigi 1892); Das Keimplasma, eine neue Theorie d. Vererbung, Jena, Fischer, 1894. — Nordau Max, Entartung, Berlino 1892-93 (trad. ital., Milano 1894). — Hirt, Genie und Entartung, Berlino 1894. — Dallemagne, Dégénérés et déséquilibrés, Bruxelles-Parigi 1895, un gr. volume di pag. 660. — Magnan et Debove, Les dégénérés (état mental, syndromes, etc.); *Bibl. Charcot-Debove*, 1895.

Sintomatologia. — La sintomatologia della degenerazione mentale è molto varia, e, più che un capitolo solo in un Trattato di Psichiatria, dovrebbe comprenderne parecchi libri. Vi sono, a tale riguardo, due correnti diverse fra coloro che descrivono gli stati psicopatici e psicosici degenerativi: gli uni, e sono specialmente gli inglesi e i francesi (Maudsley, Spitzka, Magnan, Legrain, Cullerre, Ballet in questa opera), tendono a riunirne la nosografia, onde siano più evidenti le affinità etiologiche e le analogie sintomatiche; gli altri, e sono in maggioranza i tedeschi, i russi e gli italiani (Schüle, Krafft-Ebing, Kraepelin, Bechterew, Korsakoff, ecc.), propendono a distinguere nell'insieme della degenerazione mentale numerosi e differenti quadri nosologici. È indubitabile che fra la paranoia rudimentale con idee fisse e la pazzia morale, fra la imbecillità e la *psychopathia sexualis*, passano differenze altrettanto profonde quanto fra la mania vesanica ed il delirio sistematico cronico di persecuzione, o fra la lipemania e l'amenza confusionale: di tal che, a chiunque parrà giustificata piuttosto la seconda che la prima maniera di trattazione. Ad ogni modo, la sintomatologia della degenerazione mentale può, nelle sue grandi linee, ridursi a tre capi principali, come qui ha fatto il dott. Ballet: 1° alle condizioni fisiche o antropologiche permanenti di tutti i degenerati; 2° alle condizioni permanenti o, per lo meno, fondamentali della loro psiche; 3° agli accidenti mentali di più spiccato carattere vesanico, che si possono svolgere su questo fondo comune (E. Morselli)].

[I.
CARATTERI FISICI DI DEGENERAZIONE]

[Sinonimia]: Malformazioni fisiche [Ballet, nel testo]. — Stimmate fisiche di degenerazione (Magnan). — [Anomalie, o Caratteri anomali (Lombroso e scuola antropologico-criminale italiana). — Vizii di conformazione; Note somatiche d'inferiorità; Caratteri degenerativi (Morselli). — Atipie (Marro). — Displasie (Arndt). — Entartungs- e Degenerationszeichen (Autori Tedeschi) (E. M.)].

[Descrizione delle stimmate degenerative]. — Le disgenesie cerebrali coincidono abbastanza spesso con certe deformità fisiche [e anomalie funzionali],

che costituiscono quasi la manifestazione esterna del difettoso sviluppo dell'organismo. Queste deformità sono, in generale, altrettanto manifeste, per quanto maggiormente è degenerato l'individuo che è soggetto del nostro studio. Le troveremo quindi specialmente negli idioti; ma non sono rare anche negli imbecilli o negli individui di intelligenza debole: qualcuna possiamo anche trovarne nei degenerati detti superiori.

Ci contenteremo di passare in rapida rassegna tali stimmate, fermandoci soltanto a descriverne qualcuna delle più importanti pella loro frequenza e meno conosciute (*a*). [E distingueremo le stimmate *somatiche*, rivelantisi nella costruzione fisica o antropologica dell'individuo, dalle *funzionali* che si manifestano nel modo peculiare di attività biologica, tanto dell'organismo intero, quanto dei suoi singoli apparecchi.

A. — Stimmate somatiche (antropologiche) (E. M.)].

a) Cranio. — Le deformità del cranio, che possiamo osservare in varî gradi nella degenerazione mentale, sono numerose e svariatissime; 1° la *macrocefalia*. Essa può essere dovuta ad una semplice ipertrofia del cervello; generalmente però, è la conseguenza di un idrocefalo: in quest'ultimo caso, il volume della testa può essere enorme, le bozze frontali e parietali sono prominenti, le suture e le fontanelle molto larghe; 2° la *microcefalia*. Possiamo ammettere con Broca i microcefali veri ed i pseudo-microcefali. In questi ultimi la capacità cranica è inferiore ai 1150 cc. e la circonferenza orizzontale minore di 480 mm. nell'uomo, e di 475 nella donna; nei microcefali veri [fig. 34] la capacità del cranio può non essere superiore ai 300 cc. e la sua circonferenza può non superare i 32 centimetri. Secondo Ducatte, ogni cranio, la cui circonferenza è minore di 48 centimetri, non può che appartenere ad un imbecille o ad un idiota; 3° l'*acrocefalia*, o cranio a punta, a pane di zucchero; 4° la *platicefalia*, o cranio appiattito al suo vertice; 5° la *plagiocefalia*, o cranio asimmetrico con deformità obliqua ovalare: [è la più frequente di tutte le malformazioni craniche, ed è spesso dovuta a chiusura delle suture laterali]; 6° la *scafocefalia*, o cranio carenato, [a foggia di uno scafo, quasi sempre per sinostosi precoce della sutura sagittale (*b*). A tale proposito è utile ricordare la legge

[Fig. 34. — Una microcefala (Dal Ranke, *L'uomo*)].

(*a*) [Una ben più estesa esposizione delle stimmate degenerative trovasi in Lombroso, op. cit., e Féré, La famille neurop., 1894. Chi voglia poi avere l'elenco di tutte le teriomorfie e disteleomorfie, cioè dei caratteri anomali, atavismi ed organi rudimentali, lo troverà in Morselli, Antropologia generale. Lezioni sull'uomo secondo la teoria dell'evoluzione, Torino, Unione Tip.-Edit., 1887-94 (Lez. XV-XVI, pp. 594-670) (E. M.)].

(*b*) Cfr. Morselli, Varie mem. sullo scafocefalismo pubblicate nell'*Annuario Soc. dei Naturalisti*, Modena 1874; *Archivio per l'Antropologia*, 1874-75; *Bulletin de la Soc. d'Anthrop.*, Parigi 1875.

di Virchow, che le deformità della teca del cranio cerebrale sono sempre in senso perpendicolare alla direzione della sutura sinostotica (E. M.)].

b) Faccia. — 1° *Asimmetria facciale*, d'ordinario accompagnata ad asimmetria del cranio (Lasègue); 2° *prognatismo*, sviluppo enorme della mandibola, [apofisi pitecoide e lemuroidea dell'Albrecht]; 3° sviluppo ed impianto difettosi dei *denti* (1): [(anomalie di direzione dell'arcata alveolare, denti soprannumerarii ed eterotopici, diastema, forma, volume e numero degli incisivi e canini, stato dello smalto, tubercoli della corona, carie, ecc. (E. M.)]; 4° asimmetria, e forma ristretta od ogivale del *palato*, [" *torus palatinus* "]; 5° *labbro leporino* con o senza perforazione del palato, [talvolta con bifidità dell'ugula]; 6° anomalie del *frenulo* della *lingua*, microglossia; 7° [negli *occhi*, microftalmo, gerontismo precoce], strabismo, pupille ovali a grand'asse convergenti verso la radice del naso, coloboma dell'iride, pigmentazione irregolare di questa e della coroide, [differenza di colore dai due lati o anisocoria], albinismo, retinite pigmentaria, emergenza irregolare dell'arteria centrale della retina (Magnan); [8° varie deformità del *naso*, ad es. la punta triloba, l'infossamento della radice sotto la glabella, la forma rotonda delle narici o platirrinia, la mobilità delle pinne nasali, ecc. [E. M.)]; 9° anomalie

[Fig. 35. — Orecchio esterno. (*a*, Tubercolo di Darwin rivolto all'indentro)].

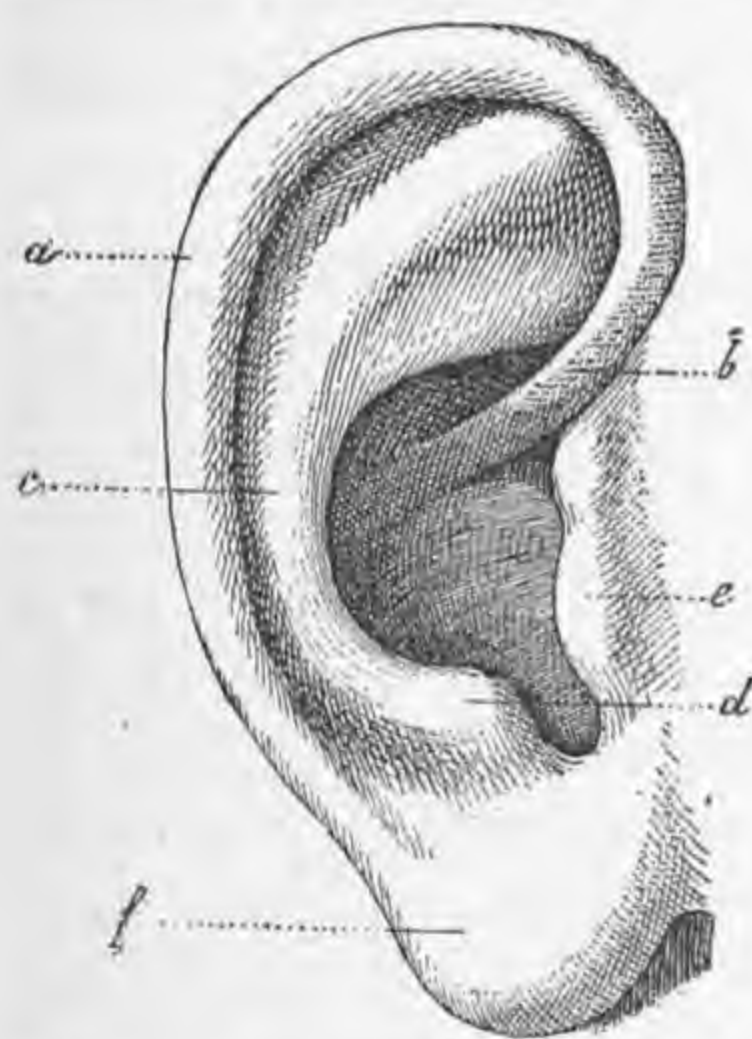



Fig. 36. — Orecchio normale. *a*, Elice; *b*, Radice dell'elice; *c*, Antelice; *d*, Trago; *e*, Antitrago.

Fig. 37. — [Forma pitecoide del padiglione]; *a*, Elice non ritorto; *b*, Tubercolo di Darwin [rivolto all'infuori].

Fig. 38. — *a*, Lobulo aderente; *b*, Prolungamento della radice dell'elice, che separa la *conca* in due parti.

nello sviluppo dell'*orecchio* [*esterno*]. Le anomalie [dei padiglioni] auricolari costituiscono le principali [o, per lo meno, le più facili a segnalare] fra le stigmate fisiche della degenerazione: esse sono particolarmente interessanti a riconoscersi, in quanto che spesso costituiscono la sola deformità visibile

(1) Sollier Alice, De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés; Thèse de Paris, 1887-88. [Cfr. De Luzenberger, I denti nei folli e frenastenici; *Arch. de Neurol.*, 1891].

nei degenerati superiori. Le principali sono le seguenti: orecchie staccate dalla testa (orecchio ad ansa, [Lombroso]); mancanza del cercine dell'elice [e forma pitecoide del padiglione, che ricorda quello del *Triglodytes* (fig. 37)]; sviluppo anormale del tubercolo di Darwin [figg. 35-37]; prolungamento della radice dell'elice, che, congiungendosi all'antelice, riesce così a dividere la conca in due parti (Féré ed Huet) [fig. 38]; atrofia o scomparsa del lobulo dell'orecchio (Morel); aderenza anormale del lobulo (fig. 38) (1).

c) Torace e addome. — 1° *Ineguaglianza* di sviluppo delle due metà del tronco (*a*): " torace ad imbuto e a campana " (Féré), [torace a botte; gronda xifoidea (E. M.)]; 2° *ginecomastia* nell'uomo, cioè sviluppo esagerato delle mammelle (2); [*politelia* e *polimastia*, cioè capezzoli e mammelle soprannumerarie (E. M.)]; 3° *ernie* congenite, [(assai frequenti, secondo Cristiani, fra i pazzi in genere); 4° *scoliosi* o *lordosi* (E. M.)], *spina-bifida*, [talvolta nascosta, secondo Bartels e Virchow, sotto l'ipertricosi sacrale (E. M.)]; 6° bacino allargato come il muliebre nell'uomo [(" *femminismo* ") e ristretto, con anche poco salienti, in forma maschile nella donna (" *mascolinismo* "); 6° al collo, *fistole branchiali:* ipersviluppo della tiroide, *gozzo* totale, *emigozzo* (E. M.)].

[Fig. 39. — Ipertricosi sacrale (" Coda dei Fauni ", del Féré) (E. M.)].

d) Organi genitali. — [1° Nel *sesso maschile:*] epispadia, ipospadia, atrofia dei testicoli e del pene, abnorme sviluppo di questi, [spostamento del meato urinario, fimosi e parafimosi, verga contorta, criptorchidia, monorchidia, varicocele, assenza od esagerazione dei caratteri sessuali secondarii; 2° nel *sesso femminile:* viraginità, clitoride ipertrofica, inversione dei caratteri sessuali secondarii, utero bicorne, vagina duplice, ecc.]; 3° *ermafroditismo*, [e mescolanza di femminilità e di mascolinità, androginismo e ginandrismo (E. M)].

e) Arti. — [1° *Anomalie di sviluppo:*] sexidigitismo [e polidattilia in genere; microdattilia in genere, ed oligodattilia cubitale; dita palmate; mancinismo

---

(1) Ch. Féré e Séglas, in *Revue d'anthropologie*, 1886. — Frigerio, L'oreille esterne, Lyon 1888, con tav. — [Cfr. Gradenigo, in *Arch. di Psich. Sc. pen.*, 1890, p. 258; e 1891, p 475; in *Intern. Monatschr. f. Anatomie*, 1892].

(*a*) Cfr. Zuccarelli, *Atti del I Congr. Antrop. crim.*, Roma 1885.

(2) Em. Laurent, Les gynécomastes; Thèse de Paris, 1887-88. [Cfr. Canger, La ginecomastia nei pazzi; *Manic. moderno*, 1891 (E. M.)].

anatomico; semplicità e figure pitecoidi delle linee papillari ai polpastrelli (*a*); 2° *deformità patologiche:* ectrodattilia, sindattilia, acromegalia, dita a martello, piede piatto, ectromielia (E. M.)], piede torto.

f) Pelle. — [1° *Anomalie cutanee* di pigmentazione]: vitiligine: [macchie erettili; nèi materni; albinismo e melanismo; 2° *deformità di sviluppo:*] ittiosi; [3° *anomalie delle appendici cutanee:* ipertricosi, atricosi; scarsità di peli nel maschio; abbondanza di peli, ipertricosi facciale (Cristiani) e barba nella donna; trichiasi sacrale (ciuffo di peli ricordante, secondo Féré, la " coda dei Fauni "); onicogrifosi (E. M.)]. Talvolta si osservano deformità nell'impianto dei capelli (anomalia consistente in formazione di vortice duplice od unilaterale); vitiligine del cuoio capelluto, con difetti di pigmentazione della ciocca corrispondente (peliosi circoscritta).

g) Organi interni. — 1° Persistenza del *foro di Botallo:* anomalie delle *arterie* più importanti, [fra cui è tipica, secondo Virchow, nelle clorosi costituzionali ordinariamente degenerative, la *piccolezza dell'aorta:* s'aggiungano le disposizioni anomale arteriose della *base dell'encefalo* (E. M.)]; 2° molteplicità dei *reni* o fusione anomala di essi [(rene a ferro di cavallo): incisure più o meno profonde della superficie esterna renale, che ne rimane bilobata, polilobata, ecc.; 3° *fegato* piccolo, con atrofia del lobo sinistro, con mancanza del lobo quadrato, ecc.; 5° *milza* coi margini incisi, milze succenturiate; 5° *polmone* destro quadrilobato, come nelle Scimie, con un lobo azygos come nei Marsupiali e Carnivori (E. M.)]; 6° *trasposizione* dei visceri; 7° aplasia parziale degli *organi genitali interni* (Pozzi); [8° persistenza del *timo* nell'età adulta; 9° soprannumero di *vertebre* e *coste*, ecc. ecc. (*b*) (E. M.)].

A rendere completa l'enumerazione delle anomalie [somatiche] di sviluppo, che si osservano in tutta la serie delle degenerazioni, ma con una frequenza molto maggiore in quelli che occupano i gradi più bassi di essa, dobbiamo ricordare ancora il *nanismo* e l'*infantilismo*. — L'*infantilismo* (Lorain), che è compatibile con un'intelligenza abbastanza sveglia, è caratterizzato da un incompleto sviluppo dell'individuo, che conserva un aspetto infantile fino all'età adulta; le forme di esso sono mal delineate, la corporatura piuttosto piccola, lo sviluppo dei peli rudimentario, gli organi genitali poco voluminosi, la voce debole. — Riguardo al *nanismo* [o " microsomia " dei nostri Taruffi e Zoja, che caratterizza specialmente il cretinismo e l'idiozia con missedema (E. M.)], costituisce anch'esso un fenomeno accidentale, un'anomalia dovuta ad un vizio originale, una mostruosità. Vi hanno popoli interi la cui statura è bassa (Obongo del Gabon, [Boschimani, Andamani, ecc. (E. M.)]); ma non esistono popoli nani. I tentativi di selezione fatti specialmente da Pietro il Grande per costituire una razza nana, riuscirono vani. I nani sono generalmente mal costituiti, benchè sia compatibile la loro vita; spesso sono rachitici, talvolta di intelligenza limitatissima; generalmente muoiono giovani: essi sono dei veri degenerati.

(*a*) Sulle linee papillari, cfr. Morselli, in *Ann. Soc. Naturalisti*, Modena 1874. — Galton, The Finger-Prints, Londra, Macmillan e C., 1892, e: Appendix, ivi, 1894. — Féré et Batigne, *Société de Biologie*, 1892. — D'Abundo, in *Atti Soc. toscana dei Naturalisti*, Pisa 1893.

(*b*) Cfr. Motta G., Anomalie degli organi interni nei degenerati, *L'Anomalo*, VI, 1894-95: — Mori A., Disposizione delle arterie della base, ecc.; *Monitore Zoologico*, 1894.

[B. — Stimmate funzionali (fisiopatiche)[a].

Ai vizii di conformazione fin qui segnalati debbono, naturalmente, corrispondere particolari deviazioni dell'attività funzionale degli organi ed apparati ov'essi risiedono; poichè non può rimanere indifferente all'organismo l'essere o no fornito di tiroidi e di milze accessorie, di un lobo azigos nel polmone, o l'avere i testicoli nascosti tuttora nel canale inguinale, il cervello compresso lateralmente da un cranio scafoide, gli occhi a livello diseguale per asimmetria delle orbite e faccia, ecc. ecc. Chi negasse l'importanza fisiologica di sì fatte strutture andrebbe contro ad ogni principio di scienza: la nostra ignoranza sui loro effetti nelle funzioni del vivente non implica, certo, che questi effetti debbano mancare (*b*). Ma, oltre a ciò, i degenerati offrono numerose anomalie nel modo di funzionare degli organi e nel modo di sviluppo generale dell'organismo, le quali costituiscono un gruppo affatto caratteristico di " stimmate fisiopatiche „ della labe. Ne ricorderemo qualcuna.

a) E in primo luogo, le attività del RICAMBIO MATERIALE sono bene spesso assai torpide in codesti individui: non altrimenti si spiega la facile concomitanza di disturbi generali di nutrizione (ossaluria, polisarcia, artritismo). Fu osservato che in alcune forme di degenerazione, ad es. nella pazzia morale, la quantità giornaliera di urèa è minore della media normale (*c*).

b) Le FUNZIONI DI NUTRIZIONE sono, pure, frequentemente turbate. Gli uni soffrono di *atonia gastrica e intestinale*, da cui la dispepsia, la bulimia, la stipsi, che sembrano innestare la neurastenia sul gran tronco della degenerazione (*d*). Ve n'ha, persino, di quelli capaci di *ruminazione* (*e*). Gli altri vanno soggetti a curiose idiosincrasie, per le quali non possono assumere dati alimenti, ad es. le fragole, le pesche, del pesce, del latte, senza che ne insorgano strani effetti nervosi. A questo fenomeno si collega la poca *tolleranza* per le *sostanze inebrianti* o *narcotiche*. Bastano piccole dosi di alcoolici, di caffeici, di dati farmaci (ad es. chinino, morfina, joduro di potassio) per indurre fenomeni più o meno cospicui di avvelenamento. Malgrado ciò i degenerati sono i predisposti ad ogni forma di *intossicazione volontaria*, all'alcoolismo, al morfinismo, all'eterismo e simili: il loro sistema nervoso sembra aver continuo bisogno di stimoli artificiali.

c) Notevolissime sono le stimmate fisiopatiche nel campo dell'INNERVAZIONE VASOMOTORIA E TROFICA. Questi individui ci presentano, infatti, tutte le caratteristiche della congenita *debolezza vascolare:* rossore e pallore subitanei ed alterni; difficoltà della circolazione venosa, onde la frequenza del varicocele,

---

(*a*) Aggiunta scritta appositamente per questa edizione italiana dal prof. E. MORSELLI.

(*b*) Veggasi la discussione su questo punto nella mia: Antropologia generale, Lez. XVI[a], p. 657 e segg.

(*c*) Cfr. OTTOLENGHI, in *Giorn. R. Accademia di Medicina*, Torino 1888.

(*d*) Chi vuole una completa esposizione delle stimmate fisiopatiche della neurastenia degenerativa, le troverà in ARNDT, Die Neurasthenie u. nervöse Schwäche, Wien u. Leipzig 1886.

(*e*) Su questo curioso fenomeno della ruminazione, o *mericismo*, sono da segnalare i lavori di MONTI LORENZO, *Arch. di Psich. Antrop. crim.*, 1880; CANTARANO, *La Psichiatria*, 1885; BELMONDO, *Riv. sperim. di Freniatria*, 1888; CRISTIANI, ivi, 1892.

delle emorroidi, degli ingorghi epatici; eccitabilità estrema dei capillari, dove si verificano ad ogni lieve stimolazione, quale sarebbe quella del freddo, fenomeni di *angiospasmo* seguìto da sollecita *angioparesi*. Si spiegano così l'agevole *dermografismo*, le idiosincrasiche *orticarie*, l'*asfissia locale dell'estremità* o " malattia del Raynaud ", che vengono designate dall'universale come stimmate dell'isterismo, mentre lo sono invece della labe costituzionale. E così dicasi delle stimmate distrofiche già ricordate nella *pigmentazione anomala della cute*, nella fragilità e nelle disposizioni insolite delle *unghie* e dei *peli*.

d) Passando alle funzioni di REFLETTIVITÀ, noi le troviamo in più modi alterate. Ora si nota una notevole *esagerazione dei riflessi* superficiali, cutanei e mucosi, o dei profondi, tendinei e periostei, la quale sta come indice della incompleta formazione delle attività inibitorie; ora, invece, si ha l'*assenza di particolari riflessi*, ad esempio del faringeo, del corneale, del plantare ed ascellare, ecc., ciò che deve ascriversi ad un imperfetto e parziale sviluppo della funzione generica di protezione dell'organismo (" estofilassi " del Sergi) (*a*).

e) E la SENSIBILITÀ è, di regola, spesso e profondamente turbata, dalle origini, e in tutte le sue forme. Vi è, in primissima fila, nella maggioranza dei degenerati un'*acutezza estrema della sensibilità organica*, la cui intensità è notoriamente in rapporto inverso col grado gerarchico di sviluppo della coscienza cerebrale. Questa abnorme intensità delle impressioni viscerali o della cenestesi, oltre a far preponderare le emozioni istintive più grossolane, cioè le egoistiche, spiega pure l'originarsi frequentissimo di ansie e preoccupazioni ipocondriache. Altre volte, per contro, vi è *deficienza della impressionabilità organica*, ed il degenerato subisce impunemente le più gravi offese alla sua integrità corporea: è, insomma, *disvulnerabile*.

Nella *sensibilità dolorifica* la nota precipua della labe è la anestesia. Un buon numero di degenerati mostra una tolleranza indicibile ad ogni sorta di dolore fisico, meccanico, termico, elettrico specialmente: ora, a tale *analgesia*, misurabile in maniera abbastanza esatta colla corrente faradica (*b*), notoriamente corrisponde lo scarso sviluppo del senso morale e dei sentimenti altruistici, in particolarissimo modo della pietà. I più pervertiti amano il dolore, e la loro *algofilia* non riguarda solo i fatti del mondo fisico, riguarda anche quelli del mondo morale. Ed ecco il *diabolismo*, il *pessimismo cinico* e la *brutale malvagità* di certi degenerati.

Frequente è la *distribuzione asimmetrica* degli altri *sensi cutanei*, del tatto, del senso termico e barico, ecc., non che del senso muscolare: le due metà del corpo di parecchi degenerati sembrano appartenere a due individui differenti. Molti presentano una vera inversione delle funzioni sensorie; sono, cioè, affetti da *mancinismo sensorio*. Altri, invece, soffrono di una *iperestesia* generale o parziale: ogni lieve stimolo è percepito con intensità eccessiva, e per la prontezza dei fenomeni di reattività induce tosto effetti consensuali nel cuore, nel

---

(*a*) SERGI G., Origine e significato dei fenomeni psichici; *Biblioteca Scient. internaz.*, Milano, Fr. Dumolard, 1884.

(*b*) LOMBROSO, La misura del dolore nei sani e nei pazzi. Cosenza 1874. — In generale, queste stimmate fisiopatiche della degenerazione sono state, tutte, o scoperte o finamente analizzate dalla scuola antropologico-criminale. Veggansi le memorie pubblicate dal LOMBROSO e dai suoi allievi nell'*Archivio di Psichiatria, Antrop. crim. e Scienze penali*, e nel *Giorn. della R. Accad. di Medicina* di Torino, *passim*. Se ne troverà una buona compilazione in RONCORONI, Tratt. clin. dell'Epilessia, 1894.

respiro, nel circolo periferico: che anzi è seguìto da una troppo sollecita reazione anche nelle sfere psicomotorie; onde la impulsività dei degenerati.

Non meno espressive sono le loro anomalie nei sensi specifici.

Il *gusto* è ordinariamente ottuso, grossolano (*a*); e per quanto l'*olfatto* sia un senso inferiore, che dovrebbe offrire una animalesca perfezione, è pur esso, in genere, deficiente: gli individui con labe soffrono, adunque, di *ageusie* e *parageusie*, di *anosmie* e di *paraosmie* svariate. Nell'*udito*, anche, c'è anomala evoluzione, in quanto spessissimo manca la percezione delle fini differenze di suoni; onde la *anestesia musicale*, e il piacere morboso dei rumori assordanti. Più tipiche però sono le anomalie funzionali della *visione:* noi vi troviamo ora la *discromatopsia* ed il *daltonismo;* ora l'*anestesia ottica* più completa, da cui la indifferenza estetica e il piacere grossolano dei colori vivi; ed ora, con somma frequenza, il *restringimento* e la *irregolarità del campo visivo*, che sta quasi come simbolo della limitazione dell'area di coscienza (*b*).

Tutti sanno che la neuro(psico)si isterica, questa somma delle degenerazioni di grado superiore, ingigantisce per l'appunto le stimmate particolari del senso della vista, presentandocele come quasi patognonomiche.

f) La MOTILITÀ dei degenerati ci fornisce, dapprima, una stragrande frequenza del *mancinismo* e dell'*ambidestrismo*, carattere atavico, quest'ultimo, per eccellenza. Di poi, abbiamo il *piede prensile*, agevolato dalla opponibilità scimmiesca dell'alluce e dalla larghezza insolita del primo spazio interdigitale (*c*). Viene, in terzo luogo, il *piede piatto*, che bene a ragione Féré (*d*) e Carrara dicono una stimmate degenerativa: anch'io l'ho osservato assai frequente nelle famiglie intinte da labe ereditaria, non fosse altro fra gli Israeliti.

Indizi più strettamente patologici di degenerazione nella sfera motoria sono: la *incontinenza delle urine* anche nella fanciullezza inoltrata, bene spesso sino alla pubertà; i *ticchi* muscolari, fra cui spesseggiano quelli del volto, del collo, delle spalle; lo *strabismo;* il *tartagliamento*, la *balbuzie* e tutte le manifestazioni di imperfetto sviluppo della loquela, ad esempio il *rotacismo*, il *sigmatismo*, la *mogilalia*.

Dò qui posto a certi *moti* ed *atti automatici*, di cui può dirsi tipica l'*onicofagia* descritta felicemente dal Bérillon: questi ha trovata diffusissima fra i degenerati, fanciulli od adulti, la sconveniente abitudine di rosicchiarsi continuamente le unghie fino a sangue (*e*). Converrebbe ricordare anche tutti quei ticchi composti di cui è affetta la grande maggioranza dei deboli (per esempio, gli *intercalari* illustrati dal Gucci).

g) Le ANOMALIE D'EVOLUZIONE BIOLOGICA INDIVIDUALE sono ancor più significative della labe costituzionale, specialmente se trasmessa; ma non mancano eziandio se la degenerazione è acquisita nelle primissime fasi dell'esistenza.

Di regola l'*ontogenesi* del degenerato ereditario è *abnorme*, come prova la

---

(*a*) Cfr. OTTOLENGHI, *Arch. di Psich. Antrop. crim. e Sc. pen.*, 1889: MINGAZZINI G., ivi, 1894.

(*b*) Cfr. OTTOLENGHI, in *Giorn. R. Accad. Medica*, Torino 1890; *Gazz. degli ospitali*, Milano 1892; *Atti R. Acc. Fisiocritici*, Siena 1894. — DE SANCTIS S., in *Annali di Freniatria*, 1893; *Bollettino R. Accademia medica*, Roma 1893; in *Riv. di Fren.*, 1894; — PARISOTTI, *Boll. R. Accad. medica*, Roma, XVIII, 5°.

(*c*) Cfr. OTTOLENGHI e CARRARA, *Giorn. R. Accad. medica*, 1892.

(*d*) Veggasi: FÉRÉ, Étude sur le pied plat comme stigmate de dégénérescence; *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1891.

(*e*) Cfr. BÉRILLON, in *Revue de l'Hypnotisme*, 1893.

serie numerosa dai suoi vizi congeniti di conformazione; ma anche quando l'organismo di lui possegga tanta energia da superare i frequentissimi pericoli della vita endouterina e della nascita, cioè le *teratomorfie* o mostruosità, l'*aborto*, il *parto prematuro*, la *nati-mortalità*, l'*asfissia dei neonati*, la *atrepsia* e simili, sempre rimane poi soggetto alle tristi eventualità della labe.

Lo *sviluppo infantile* è ordinariamente *stentato*. Da bimbo il degenerato comincia a camminare e a parlare tardivamente, e spesso le particolarità fisiologiche (e psicologiche) dell'infanzia si prolungano fino alla adolescenza, dove tutto ad un tratto si ha poi una abnormemente rapida fase di *crescenza*. Così vediamo spesso la già citata *incontinenza dell'urina*, massime notturna; quando questa non sia l'equivalente o il conseguente di attacchi epilettici.

Un fatto evolutivo dell' infanzia, che appalesa con estrema frequenza la gravità della labe, è la *dentizione:* un gran numero di bimbi degenerati ne ha convulsioni, fenomeni meningiformi, disturbi gastro-intestinali, e ne muore: quelli che sopravvivono, mostrano poi nella loro dentatura decidua o di latte le ben note striature messe in luce dall'Hutchinson come indizio di saltuaria evoluzione dentale. Anche la dentatura permanente si sviluppa viziata.

Ho già detto che la *crescenza* sopraggiunge spesso improvvisa e rapida; ma è generalmente la *pubertà* che, all'occhio aperto dell'antropologo, rivela coi suoi tumultuosi disordini, tutta la impronta della labe. Il *ciclo evolutivo della evoluzione sessuale* è nei degenerati pieno di incidenti; esso comincia quasi sempre o troppo tardi o troppo presto: soprattutto è tipica, nei degenerati di grado superiore, la *precocità dell'attività genesica*, più manifesta nella femmina col fatto della *mestruazione*, ma pure esistente anche nei maschi (*a*).

Ad onta della facilità e prematurità di sviluppo, la funzione sessuale rimane però in più modi irregolare: sono frequenti la *dismenorrea* ed *amenorrea*, la *clorosi costituzionale*, le *polluzioni*, la *spermatorrea*, e più tardi la *anafrodisia* completa; frigidità nella donna, impotenza nell'uomo. Certe forme irriducibili di *vaginismo*, di *timidità sessuale* e di *adinamofobia genesica* sono addirittura stimmate evidentissime di degenerazione. E meglio ancora lo sono l'*azoospermia* e l'*anooforia*, che mantengono i degenerati inferiori nello stato permanente di sterilità e spiegano l'estinguersi più o meno rapido delle loro famiglie (*b*).

All'altro estremo del periodo utile della funzione riproduttiva, al *climaterio*, si osservano altri effetti disastrosi della labe. Nella donna la *menopausa* è disordinata, molte volte troppo precoce, spesso accompagnata da *turbe neuro-psichiche*, che sembrano avere il loro punto di partenza nelle stimolazioni sensitive indotte dall'involuzione degli organi. Nell'uomo il fenomeno è meno evidente dal lato somatico; lo è però egualmente dal lato fisio-psichico, poichè anche in lui si manifestano verso il 5°-6° decennio della vita svariate modificazioni del modo di sentire e di pensare, certo in relazione con la incipiente senescenza degli organi sessuali, di cui sarebbero risultanti le forme di vesania peculiari di questa età (paranoia tardiva sistematica, paralisi generale progressiva).

La *senilità* degli ereditarii ripete ben di sovente gli stessi fenomeni morbosi di generazione in generazione: si scorgono i vecchi di certe famiglie soggiacere, per una legge fatale, alle medesime forme di psicosi senili (melancolia ansiosa,

---

(*a*) Sui fenomeni della pubertà nei due sessi, veggasi: Marro A., La pubertà, suoi rapporti coll'antrop., fisiol., psichiatria e pedag.; *Annali di Freniatria e Sc. affini*, V., 1895, fasc. 2° e 3°.

(*b*) Cfr. Venturi S., Aspermia ed azoospermia nei pazzi; *Arch. di Psich., Antrop. crim.*, 1890, e: Le Degenerazioni psico-sessuali, già cit., *passim*.

mania con esaltamento erotico, suicidio). In un gran numero si hanno poi, anche prima della vecchiaia, gli identici fatti di *senescenza precoce*, massime nel sistema vasale, onde gli *ateromi arteriosi* e le loro immancabili conseguenze: emorragie ed embolismi cerebrali, attacchi apoplettici e apoplettiformi, morti subitanee (*a*).

h) Questa, delle morti subitanee, è una manifestazione di quella generale DEBOLEZZA DI COSTITUZIONE ORGANICA che caratterizza le famiglie degenerate. Gli individui macchiati da labe posseggono, in massima, poca energia vitale; e quanto più profonda e antica è la labe, tanto minore è il loro potere di resistenza contro tutte le forze naturali nemiche dell'uomo, particolarmente contro gli agenti morbigeni: onde la loro grande *mortalità infantile*, la frequente *morbilità per infezioni*, la *suscettibilità alle vicende meteoriche*, e la facile provocazione di *fenomeni irritativi dei centri cerebrali* sotto gli stimoli più insignificanti (febbri reumatiche, morbillo, rosolia, orecchioni, traumi al capo, patemi morali, ecc.). È questa ultima caratteristica fisiopatica che ci spiega l'apparire, così frequente nei degenerati, di *attacchi convulsivi* e di *crisi epilettoidi*, da prima nell'infanzia, per la dentizione, per elmintiasi, o durante lievi processi febbrili; poscia nei periodi ulteriori di vita, alla pubertà, per le mestruazioni, durante la gravidanza, alla menopausa. (E. MORSELLI).

[**Valore delle stimmate degenerative**]. — Abbiamo così passato in rassegna le varie deformità [e anomalie] che possono riscontrarsi nei degenerati. Non tutte, però, hanno la stessa importanza per la diagnosi dello stato mentale. Le più notevoli e gravi (deformità mostruose del capo, labbro leporino, piede torto, la spina bifida, ecc.) non sono quelle che propriamente abbiano la maggiore importanza in psichiatria. Esse, infatti, si osservano specialmente nei gradi più bassi della degenerazione, e soprattutto negli idioti; ma il difetto di sviluppo delle facoltà intellettuali è allora tale da imporsi subito all'osservatore. Non così vanno le cose pei gradi più alti. In questi casi, il verificare l'esistenza di certe anomalie fisiche viene in aiuto alla scoperta delle anomalie psichiche, e concorre a precisarne la natura e l'origine. Tali anomalie, però, sono, in generale, lievi e debbono essere ricercate con cura (vizii di conformazione del padiglione dell'orecchio, asimmetria della faccia e del cranio, vôlta palatina di forma ogivale, ecc.). Inoltre, queste deformità non costituiscono una prova, ma soltanto un presupposto della degenerazione mentale. Le si scorgono, difatti, in individui, che non presentano alcuna labe psichica notevole. Una statistica comparativa fatta sugli ammalati dell'ospedale *Saint-Antoine* e su quelli della clinica dell'asilo *Sainte-Anne* [in Parigi] ci dimostrò che esse erano soltanto del doppio più frequenti nel manicomio che all'ospedale. Lo sviluppo della faccia e del cranio o quello di altri organi può quindi essere difettoso, senza che ad esso si debba forzatamente accompagnare difettoso sviluppo del cervello. Ad ogni modo, le deformità fisiche, specialmente quelle dei genitali, della vôlta palatina, del cranio, della faccia e delle orecchie, quando esistono, depongono pur sempre per una disgenesia cerebrale.

[Il valore delle stimmate fisiche è stato assai discusso, soprattutto in vista delle dottrine antropologico-criminali. Queste, dapprincipio, ne esagerarono il significato atavistico, vedendo ovunque un ritorno a forme animali, preisto-

(*a*) Il CHRISTIAN (*Ann. méd.-psychol.*, 1893) ha dimostrato che le morti improvvise sono un retaggio frequentissimo nelle famiglie dei pazzi.

riche o etniche inferiori: per poco non si fece passare per un " carattere reversivo „ anche la plagiocefalia, che è chiaramente dovuta o ad una sinostosi prematura di suture laterali, o a traumi, o a pressioni sofferte dal cranio nella prima età. È indubitabile che molte deformità somatiche dei degenerati, essendo arresti di sviluppo, corrispondono a bassi gradi della scala morfologica, e sono, per ciò, altrettante prove della filogenesi umana (*a*). Tuttavia, conviene distinguere le stimmate che sono effetti di abnormità evolutive, non raramente patologiche (ad. es. l'asimmetria facciale, il labbro leporino, le fistole branchiali, la criptorchidia, il foro del Botallo, la spina bifida, ecc. ecc.) da quelle che sono propriamente deviazioni della ontogenesi per ritorno di caratteri già perduti dalla specie: esse non saprebbero spiegarsi con nessun processo morboso (ad es., la stenocrotafia, certe varietà di circonvoluzioni cerebrali, i denti e i muscoli soprannumerarii, l'orecchio ad ansa, ecc.). Altre stimmate sono parimente reliquàti di malattie endo-uterine o della prima età (ad. es. un gran numero di deformità craniche e soprattutto le idrocefaliche, certi vizi di dentatura, le asimmetrie del torace, il piede torto, ecc.).

Non è sempre facile stabilire la indole vera di una stimmata degenerativa, se atavica o morbosa; e lo si è ben visto a proposito della microcefalia, dove Vogt vedeva unicamente i caratteri pitecoidi, Virchow ed Aeby solo quelli patologici. A tale proposito, sono assai importanti, perchè spassionate, le conclusioni a cui è giunto un osservatore di grande autorità, il prof. Giacomini di Torino (*b*). Egli, pur mettendo in rilievo tutto ciò che nel microcefalo — l'estremo grado della degenerazione — ci prova il processo morboso, ha dovuto riconoscere come un certo numero di fatti morfologici (ed io aggiungo fisiologici e psichici) può soltanto interpretarsi nel senso dell'atavismo. Il concetto dominante nell'antropologia odierna intorno ai rapporti fra teratogenesi e dismorfismo patologico, è stato or ora riassunto da G. Mingazzini (*c*) nel modo seguente: " un ricordo atavico è un segnacolo indicante che l'evoluzione di un organo non si è compiuta con normale e completa regolarità, ma il morbo è (nel massimo numero dei casi) condizione necessaria per la reviviscenza dell'atavismo „. Adunque, è impossibile innalzare barriere tra atavismo e patologia; la loro scissione sarà tanto più difficile, quanto più precocemente un processo morboso colpisce un organo o parte di esso durante la formazione.

Bibliografia. — Sulle stimmate della degenerazione, la scuola italiana antropologico-criminale ha prodotto lavori copiosissimi e svariatissimi, sebbene non sempre con critica abbastanza severa degli scopi o dei metodi di ricerca. — Cfr. Lombroso, La medicina legale delle alienazioni mentali, Padova 1865; L'Uomo delinquente, I[a] ediz., 1872-76; IV[a] ediz., vol. I, 1889; vol. II, 1889; Genio e follia, I[a] ediz., Milano 1868, VI[a] (col titolo: L'Uomo di genio), Torino 1894; — Nuove scoperte e applicazioni della Psichiatria [?] e Antropologia criminale, Torino 1893 (ricchissima bibliografia, riguardante i lavori esciti fino al 1893); — *Arch. di Psichiatria, Sc. pen. e Antr. crim.*, dal 1881, *passim*. (Vi si trova una moltitudine di comunicazioni sull'antropologia patologica, biologia

---

(*a*) Questa discussione si troverà svolta anche nella mia: Antropologia generale, Lez. XV-XVI[a], 1893-94. Fra i critici più severi della dottrina dell'atavismo, si segnala Naecke, nel libro: Verbrechen und Wahnsinn im Weibe, Vienna 1894. Egli spiega una certa parte delle stimmate col " rachitismo „ e con disturbi morbosi del trofismo; i quali certo han qualche importanza nella produzione di alcune deformità del cranio e scheletro, ma non possono poi dar luogo ad atipie pitecoidi o primatoidi, quali, ad esempio, la fossetta vermiana, la superficialità delle pieghe cerebrali di passaggio, il muscolo sternale, e simili!

(*b*) Cfr. Giacomini C., Guida allo studio delle circonv. cerebrali dell'uomo, II[a] ed., Torino 1884. — I cervelli dei microcefali. St. anat. della microcefalia, Torino, Unione Tip.-Editrice, 1890.

(*c*) Cfr. Mingazzini G., Il cervello in relazione con i fenomeni psichici, Torino, Bocca, 1895, spec. cap. IX, p. 193.

e psicopatologia dei criminali, degenerati, pazzi morali, epilettici, paranoici, ecc.). — MARRO, I caratteri dei delinquenti, Torino 1887. — RICCARDI, Dati fondam. di Antr. crim., Milano 1889, in *Tratt. di Dir. pen.* del COGLIOLO. — FERRI E., I Nuovi orizzonti del Diritto e Proced. penale, I^a ediz., Bologna 1880; III^a ediz. (Sociologia criminale), Torino 1892, con estesa bibliografia; — L'Omicidio, volume primo, con Atlante, Torino 1895. — Dei lavori parziali sono notevoli i seguenti: VARAGLIA e SILVA, Note anatomiche e antropologiche su 60 cranii e 42 encefali di donne criminali. Torino, Bocca, 1886; — MINGAZZINI G., Sopra 30 cranii ed encefali di delinquenti italiani; *Riv. di Fren.*, 1888; — TENCHINI, Cervelli di delinquenti, Parma, Battei, 1885; — ROSSI VIRGILIO, Centuria di criminali, Torino, Bocca, 2^a ediz., 1888; — GURRIERI e FORNASARI, Sensi e anomalie somatiche nella prostituta; *Arch. Psich. Antr crim.*, 1892. — Fra gli stranieri sono da segnalare in prima linea, per lo studio somatico del degenerato, KURELLA, Naturgeschichte des Verbrechens, 1894; — NAECKE, di Hubertusburg, lavori varii, fra cui, oltre al citato libro sulla Donna criminale e pazza, è da leggersi la comunicazione: Valeur des signes des dégénér., ecc.; *Atti dell'XI Congr. Med. intern.*, Roma 1894, vol. IV.

Sotto il punto di vista strettamente psichiatrico, il primo saggio di coordinazione dei dati antropologici sulle stimmate degenerative e patologiche degli alienati trovasi nel mio Man. di Semejotica delle Mal. mentali, vol. I, 1885, pp. 94-180.

(E. MORSELLI)].

[II.]

STATO MENTALE DEI DEGENERATI

[SINONIMIA: État mental des héréditaires, MOREL; Psychische Entartungszustände, AUT. TED.; Stati parafrenici fondamentali, MORSELLI; Psychische Minderwerthigkeiten, in senso lato, KOCH; Primäre constitutionelle Blödsinn, DORNBLÜTH (E. M.)].

Le disgenesie cerebrali, che spesso si accompagnano ad una od a parecchie delle deformità fisiche già descritte, si rivelano con uno stato mentale particolare, la cui fisionomia varia da un individuo all'altro e che costituisce un modo di essere anormale e *permanente*. Gli individui con imperfezioni psichiche [(*tare* dei francesi, *Belastung* dei tedeschi) (E. M.)] sono più degli altri predisposti alle psicosi, e il loro delirio, passeggero o permanente, presenta caratteri abbastanza particolari; esso è, intanto, un accidente possibile, ma non necessario della degenerazione. Noi studieremo separatamente lo stato mentale permanente ed abituale dei degenerati e le loro psicosi accidentali o contingenti, [le quali possono, metaforicamente, paragonarsi alle efflorescenze morbose d'una mala pianta (E. M.)].

Nei tre paragrafi seguenti noi classifichiamo le anomalie psichiche [costituzionali] che si manifestano nelle disgenesie cerebrali, [in tre gruppi precipui]: anomalie dell'*intelligenza;* anomalie del *carattere* e della *condotta;* anomalie dell'*emotività* e della *volontà* (*a*).

(*a*) [Toltine l'idiotismo e la imbecillità, dove tutti i poteri mentali, e non solamente la intelligenza, come poco sotto dice il dott. Ballet, sono in istato di arresto e d'imperfezione più o meno estesa e profonda, la condizione mentale indotta dalla degenerazione consiste propriamente in una anomalia della personalità per una incompleta evoluzione e disarmonica sistemazione degli elementi psichici, intellettuali, affettivi e conativi. Qui ogni classificazione è impossibile, trattandosi di stati variabilissimi: bisogna contentarsi di distinguere i degenerati a seconda dell'anomalia predominante. Ma chi, ad esempio, è deficiente nel senso morale lo è pure di regola anche nell'intelletto, se non altro nella parte più elevata che è la razionale (gli manca la logica nella condotta); e chi è intellettualmente povero, non può certamente alzarsi fino alle sfere più nobili del sentimento. Meglio sarebbe, adunque, distinguere i degenerati sotto il riguardo della sistemazione degli stati psichici onde si forma la personalità morale: ed ecco perchè io, altrove, ho diviso i disequilibrati in ***insufficienti, deboli, incompleti, irregolari, instabili, incoerenti, irriflessivi, impulsivi;*** sostanzialmente, tutti costoro sono gli infermi del corpo sociale. Ma si incontrano sempre non minori difficoltà, e conviene adottare, se non altro in via di semplificazione scolastica, la solita triplice spartizione della mente in fatti di intelletto, di sentimento, di volontà (E. MORSELLI)].

A. — Anomalie dell'intelligenza.

[SINONIMIA: Frenastenie, pr. dette, VERGA; Intellectuelle Idiotie, KRAFFT-EBING; Primary mental enfeeblement, CLOUSTON; Folies héréditaires à type intellectuel, MOREL; Angeborene Defeckt-psychosen, ZIEHEN (E. M.)].

L' intelligenza nei degenerati può essere affatto scomparsa, indebolita o soltanto squilibrata. A seconda dello sviluppo delle facoltà intellettuali si divisero gli individui di questa categoria in quattro gruppi: gli idioti, gli imbecilli, i deboli, e i degenerati superiori o semplicemente squilibrati (Magnan).

[**I. Idiotismo**]. — L'idiota occupa il grado più basso di questa scala graduatoria. In esso, le facoltà intellettuali sono allo stato embrionario; [la degenerazione della famiglia, la deviazione dal tipo normale della razza e della specie, raggiungono in lui il grado massimo. Per quanto un buon numero di idiozie dipenda da gravi processi infantili del cervello e delle meningi, pure l'ereditarietà morbosa ne spiega quasi sempre la comparsa. Secondo le indagini più recenti (*a*) il 45-50 % degli idioti discendono da progenitori neuropatici: e di questi ora il 32 % ed ora il 18 %, a seconda dei paesi, erano alcoolisti, circa il 7-3 % uniti da matrimonii consanguinei (E. M.)].

L'arresto dello sviluppo del cervello in questa infermità è dovuto a lesioni cerebrali relativamente grossolane, rilevabili sì macro- che microscopicamente: lo studio particolareggiato dell'idiozia e delle lesioni, che la determinano, venne già trattato in altra parte di quest'Opera (*b*). [Solo aggiungeremo qui alcune notizie statistiche sull'idiotismo in Italia (*c*).

Stando al censimento del 1871, nel quale si chiesero per la prima volta informazioni circa all'esistenza di forme frenopatiche nelle famiglie, il numero degli idioti e cretini saliva nel regno d'Italia a 17,313, col rapporto proporzionale di 6,50 su ogni 10,000 abitanti. Contemporaneamente altri Stati civili offrivano le seguenti cifre:

		Idioti e cretini	Su 10,000 abit.
Italia (1871)	N°	17,313	6, 50
Svezia (1870)	»	1632	3, 92
Norvegia (id.).	»	2039	11, 98
Danimarca ed Islanda (id.)	»	1550	8, 31
Gran Brettagna e Irlanda (1871)	»	40,859	12, 92
Inghilterra e Galles (id.)	»	29,452	13, 00
Irlanda (1874)	»	8151	15, 30
Francia (1872)	»	41,143	11, 40
Germania (1871)	»	54,519	13, 99
Prussia (id.).	»	33,007	14, 70
Altri Stati Germanici (id.).	»	20,780	14, 61
Brunswick (1868)	»	475	15, 60
Baden (1873)	»	2146	15, 60

(*a*) Cfr. BARR W. M., in *The Journal of Nerv. a. Ment. Diseases*, 1895, n. 6.

(*b*) [In appendice al capitolo XII delle malattie dell'emisfero cerebrale: *Encefalite cronica ed encefalopatie atrofiche della fanciullezza*. È una innovazione del *Trattato di Medicina*, che può essere criticata, ma che ad ogni modo giova a fondere la psichiatria con la medicina generale (E. M.)].

(*c*) Cfr. MAYR G., Die Verbreitung d. Blödsinns u. d. Irrsinns in Bayern, ecc., München 1877; — BODIO (Direz. gen. di Statistica), Censimento della Popolazione del Regno d'Italia al 31 dicembre 1881, Relaz. gen. e Confronti internaz., Roma 1885, p. XLVI; — MORSELLI, Intorno al numero ed alla distribuzione geografica delle Frenopatie in Italia; *Arch. Mal. nerv.*, 1883; — RASERI, in *Bulletin de l'Institut intern. de Stat.*, 1887 (E. M.).

		Idioti e cretini	Su 10,000 abit.
Belgio (1856)	N°	2274	5, 02
Ungheria (1872)	»	18,449	12, 97
Tirolo (id.)	»	1042	13, 40
Stati Uniti d'America (1872)	»	19,687	5, 80
Argentina (1869)	»	4223	24, 23

Il censimento del 1881, ultimo in cui si siano posti quesiti sulle infermità mentali, rivelò un certo aumento dell'idiotismo in Italia: il numero dei frenastenici salì a 19,671, compresi i cretini, ed in complesso si ebbe una quota di 6,9 idioti su 10,000 abitanti. E quasi nello stesso periodo, altri Stati davano le quote seguenti: Austria cisleitana (1880) 14,04 $^{10}/_{000}$; Ungheria (id.) 11,86; Spagna (1877) 5,47; Portogallo (1878) 15,09; Grecia (1879) 6,53; Stati Uniti (1880) 15,33 (Raseri). L'aumento fortissimo dell'America settentrionale avveratosi in soli otto anni si deve, evidentemente, a maggiore esattezza nel censimento. Checchè ne sia, le notizie posteriori non sono più comparabili, e per l'Italia non abbiamo che le statistiche annuali dei Manicomi, dove però, come io dimostrai, viene ricoverato appena uno su quindici o sedici frenastenici esistenti fra la popolazione.

[Fig. 40. — Un cretino Bavarese (Dal Ranke, *L'Uomo*)].

L'esame delle cifre parziali per compartimenti mostra che in Italia le regioni più gravate sono le settentrionali (Piemonte, Lombardia, Liguria), le più immuni quelle meridionali e centrali (Sicilia, Napoletano, Toscana, Lazio ed Umbria). Ma questa frequenza della frenastenia nell'Italia superiore, massime nella subalpina, è dovuta alla speciale distribuzione geografica dell'endemia cretinosa. Infatti i circondarî i cui censimenti dettero le quote più alte di frenastenici, sono pure quelli in cui notoriamente il cretinismo è quasi localizzato in modo esclusivo (la Valtellina, la Val d'Ossola, la Val d'Aosta, l'alto Bellunese e Vicentino, Cuneo, Bobbio), laddove i gradi più fortunati della scala sono occupati dalle provincie dove il cretinismo endemico, per lo meno, è ignoto (Trapani, Reggio-Calabria, Catanzaro, Catania, Cagliari, ecc.). Ora, il cretinismo, malgrado si trovi in molti Trattati confuso coll'idiotismo in genere (per esempio nello stesso Krafft-Ebing!), ha una sintomatologia ed una etiologia affatto diverse (fig. 40), e come forma nosografica dovrebbe essere censito e calcolato a parte. Credo, non pertanto, utile dare in un prospetto le cifre concernenti i frenastenici esistenti nei diversi comparti del Regno.

Distribuzione geografica dei frenastenici (idioti e cretini) in Italia secondo i censimenti ufficiali.

COMPARTIMENTI	Censimento 1871		Censimento 1881	
	Num. ass.	Su 10,000 abit.	Num. ass.	Su 10,000 abit.
Piemonte	3485	12, 10	3602	11, 90
Lombardia	3680	10, 60	4501	12, 20
Liguria	582	6, 90	700	7, 80
Veneto	1558	5, 90	1954	6, 90
Emilia	1240	5, 90	1284	5, 90
Toscana	941	4, 40	958	4, 30
Marche	527	5, 70	553	5, 80
Umbria	259	4, 70	268	4, 70
Lazio	348	4, 10	275	3, 00
Abruzzi e Molise . .	659	5, 10	672	5, 10
Campania	1211	4, 00	1416	4, 80
Puglie	601	4, 70	636	4, 00
Basilicata	332	6, 50	493	9, 30
Calabrie	445	3, 70	666	5, 20
Sicilia	977	2, 70	1192	4, 70
Sardegna	408	7, 30	501	7, 40
REGNO	**17,313**	**6, 50**	**19,671**	**6, 90**

Se poi si divide il Regno nelle otto regioni che meglio sono distinte geograficamente, ed anche etnicamente, si vede chiarissima l'influenza delle località montuose sullo sviluppo dell'endemia. Pongo le cifre del sordomutismo a raffronto di quelle dell'idiotismo, essendovi intimi rapporti fra le due infermità, non tanto a riguardo della condizione psichica, quanto a riguardo della etiologia.

	Idioti e Cretini		Sordomuti	
	Num. ass.	Su 10,000 abit.	Num. ass.	Su 10,000 abit.
Regione Alpina . . .	4090	20, 9	2559	13, 1
» Padana . . .	6679	7, 5	4733	5, 3
» Appenninica .	2488	5, 0	2254	4, 6
» Mediterranea .	2399	5, 1	2070	4, 4
» Adriatica . . .	1601	5, 0	1374	4, 3
» Jonica	721	6, 2	579	5, 0
» Sicula	1192	4, 1	1307	4, 5
» Sarda	501	7, 3	370	5, 4
TOTALE (1881)	**19,671**	**6, 9**	**15,246**	**5, 4**

Ho già detto che le statistiche dei Manicomi non hanno valore per lo studio della geografia dell'idiotismo. Invero, le regioni dove notoriamente questo è (in causa dell'endemia cretinogena) più numeroso fra la popolazione, non sono quelle che dànno il maggior contingente di frenastenici reclusi, ad esempio il Piemonte e la Lombardia: sono, all'opposto, le Marche, la Toscana, la Campania, ecc. Notevole è però il fatto che va aumentando nelle famiglie, nei Comuni e nelle Autorità la tendenza di far fruire ai diseredati dall'intelletto i benefizi del ricovero, perchè in soli undici anni, dal 1877 al 1888, essi crebbero nei manicomi italiani da 1181 a 1937. Tale aumento è in gran parte a profitto dei semplici imbecilli, che salirono da 664 a 1285 (+ 93,5 %); meno

si avvantaggiarono i cretini, che del resto sono pochi, essendo saliti da 38 a 59 (= aumento del 55,2 %); meno ancora i veri idioti, che da 499 non s'alzarono se non a 593 (= aumento del 23,7 %).

Bibliografia. — La produzione italiana sulla nosografia e sul trattamento dell'idiotismo è piuttosto scarsa. Consultinsi: Tamburini e Morselli, Idioti, in *Riv. di Fren.*, 1875-77. — Verga A., Frenastenici ed imbecilli; *Arch. ital. mal. nerv.*, 1877. — Morselli, Le scuole per fanciulli idioti ed epilettici; *Riv. di Benefic. pubbl.*, agosto 1880; — Gli Asili-scuole per idioti ed imbecilli; *Giornale R. Soc. d'Igiene*, 1882; — L'assistenza ed educazione dei tardivi in Italia; *Arch. di Pediatria*, 1892; — Le forme dell'idiotismo; *L'Anomalo*, 1893. — Altana, I tre microcefali di Riolo; *Spallanzani*, 1882. — Monti L., Mericismo, in *Arch. Psich.*, 1880. — Giliforti, Asili-scuole ed educaz. di idioti; *Archivio ital. Mal. nerv.*, 1887. — Peli G., Idiotismo missedematoso; *Boll. Soc. medico-chir.*, Bologna 1891. — Albertotti G., Idiota microcefalo (il famoso " Egidio „ del R. Manicomio di Torino); *Annali di Fren.*, 1893. — Tamburini, Microcefalo vivente (il notissimo " Battista „ del Frenocomio di Reggio); *Congr. fren.*, 1880. — Guicciardi, Gli idioti, ottima rassegna critica; *Riv. sperim. Fren.*, 1891. — Venturi, Degeneraz. psico-sessuali, op. già citata. — Marzocchi, Due idioti microcefali, Bergamo 1895.

Più ricco è il contributo dato dagli Italiani all'anatomia e, soprattutto, all'antropologia patologica dell'idiotismo. Se ne trova l'esposizione completa, per riguardo alle lesioni e conformazioni anomale dell'encefalo, in Mingazzini G., loc. cit. Consultinsi inoltre: Gaddi, Cranio ed encefalo d'idiota; *Atti R. Accad. Sc.*, Modena 1866 (questa memoria capitale del mio venerato maestro fa epoca nella storia dell'antropologia in Italia). — Tamburini, Idrocefalo: *Riv. di Fren.*, 1883. — Frigerio, Idiota submicrocefalo; *Arch. Psich.*, *Antr. crim.*, IV, 1883. — Andriani e Sgrosso, Storia di un idiota, ecc. *La Psichiatria*, 1889. — Rossi E., Il cervello di un idiota; *Manic. mod.*, 1890. — Salemi-Pace, Macrocefalia; *Pisani*, 1893. — Cascella, Idiota microcefalo; *L'Ipnotismo*, 1893. — Angiolella, Imbecillismo [?] associato ad arresto di sviluppo di un arto; *Manic. mod.*, 1892.

Per la craniologia e craniometria dell'idiotismo, imbecillità e frenastenia, numerosissime ricerche sono disseminate nei periodici della specialità, più nell'*Archivio per l'Antropologia* dir. da P. Mantegazza. I casi più celebri di microcefalia sono quelli illustrati da: Valenti, *Riv. clin.*, 1872; — Adriani (la " Grandoni „), ivi, 1873; — Mantegazza, *Arch. d'Antrop.*, 1873; — Zoja (il " Boliviano „), *Mem. Ist. Lomb.*, 1874; — Virgilio, *Riv. Fren.*, 1875; — Giacomini (serie numerosa e insuperata di casi), *Giorn. R. Accad. Med. Torino*, 1876-9; — Lombroso, *Rivista clinica*, 1873, e art. " Cranio „ in *Enciclop. med. italiana.*

Per rispetto ai caratteri fisici e psichici del sordomutismo: — Celle, *Rivista di Freniatria*, 1875; — Riccardi Paolo, Contr. all'antropologia del sordomutismo; *Archivio per l'Antrop.*, 1889; — Rossi Ugo, *Atti R. Accademia dei Fisiocritici*, Siena 1894; — Ottolenghi S., La sensibilità del sordomuto; *L'Educ. dei sordom.*, Siena 1895.

Sul cretinismo, oltre alla celebre Relaz. della R. Commissione sarda (1854), consultinsi: Biffi S., Del Cretinismo in Lombardia, Relazione della Commissione del R. Istituto Lombardo, in *Arch. ital. Mal. nerv.*, 1864. — Lombroso, art. " Cretinismo „, in*Enciclop. med. ital.* (s. d. 1874?), e: Studii clin. antrop. sulla microcefalia ed il cret.; *Riv. clinica*, Bologna 1873. — Verga G. B. e Brunati, Studio sull'eziologia del cretinismo e dell'idiozia; *Gazz. med. lombarda*, 1884. — Ottolenghi, Campo visivo dei cretini; *Arch. Psich. Sc. pen.*, 1893. — Wagner, Ueb. der Cretinismus, in *Mitth. d. Ver. d. Aerzte der Steïermark*, 1894 (riguarda il cretinismo nelle Alpi Rezie e Noriche) (E. Morselli)].

[**II. Imbecillità** (*a*)]. — L'imbecille è, in generale, considerato come un idiota " un po' più elevato „: esso tiene il secondo posto nella gerarchia dei degenerati. Questo modo di vedere forse non ha un serio fondamento: fra l'idiozia e l'imbecillità pare vi abbia, più che una differenza di grado, differenza di natura. L'idiozia e l'imbecillità sarebbero due forme di degenerazione affatto distinte; organica l'una, funzionale l'altra, [s'intende sempre nel senso comunemente dato a questo termine in neuropatologia (E. M.)]; l'una patologica, l'altra evolutiva. Nell'idiota troviamo sempre qualche lesione, e il più spesso, come dicemmo, si tratta di lesioni gravi; nell'imbecille esse sono affatto eccezionali, o, se ve ne hanno, sono lievissime e recenti. " L'imbecillità ci sembra, quindi, un'affezione mentale dovuta probabilmente ad un disturbo funzionale,

(*a*) [Sinonimia: *Imbecillitas*, lat.; *Imbecillité*, francese; *Imbecillity*, *Mental Weakness*, inglese; *Schwachsinn*, *Angeborene Schwachsinn*, ted.; Imbecillismo (?) (E. M.)].

ma non ad una lesione organica dei centri nervosi. Essa costituisce il grado infimo della debolezza mentale, alla quale si accosta molto dal punto di vista psicologico. Rientra nel quadro delle psicopatie degenerative, delle quali costituisce un tipo a sè. L'idiozia, invece, non è un'entità morbosa; essa non costituisce che un sintoma di un' affezione organica dei centri nervosi avvenuta durante l'infanzia, i cui caratteri speciali sono dovuti unicamente a tale circostanza eziologica „ (Sollier) (1).

Checchè si voglia pensare di tale questione teorica per anco controversa, l'imbecille presenta nel loro grado più elevato le anomalie fisiche e psichiche, che si riscontrano più o meno attenuate nei fatui e nei semplici squilibrati di mente. Dal punto di vista fisico, generalmente non troviamo in esso i vizi di sviluppo, talvolta mostruosi, che ordinariamente riscontransi negli idioti (fenditura della vôlta palatina e del velo pendolo, sviluppo incompleto degli organi dei sensi, sordo-mutezza, emiplegie, contratture, ecc.). Ma, se non vi hanno mostruosità, ciò non pertanto le stigmate fisiche sono frequenti e numerose: piccolezza del cranio, asimmetria della faccia, prognatismo, balbuzie e vizi nella pronuncia della parola, viziata posizione e deformità delle orecchie [e dei denti], sviluppo difettoso od esagerato dei genitali, ecc.

Riguardo all'intelligenza, essa è rudimentale, ma non manca del tutto. L'attenzione è la facoltà più instabile; le percezioni sensoriali si compiono, ma le sensazioni sono talvolta male interpretate; la memoria è tarda e non sicura; alcuni imbecilli, però, hanno una memoria parziale notevolmente sviluppata, quella, ad esempio, delle parole, dei numeri, delle date: [sono, ad esempio, piccoli miracoli di scienza geografica, perchè ricordano itinerari complicati di viaggi (E. M.)]. La logica è debole ed i ragionamenti pressochè sempre falsi. L'istruzione, della quale possono essere capaci, è molto limitata: possono imparare a leggere, a scrivere, possono fare qualche lavoro manuale, un po' di musica, ma non arrivano mai ad eccellere in tali occupazioni. Il più spesso sono inetti ai calcoli; se giungono a contare abbastanza correttamente fino ad un numero più o meno grande, non sono capaci poi di combinare i numeri fra di loro, e rimangono esitanti se avessero da fare una delle più semplici addizioni o sottrazioni. Tutto il loro sapere si limita alle nozioni concrete e non possono elevarsi fino alla generalità, [nè, tanto meno, all'astrazione, che richiede un lavoro più evoluto di sintesi ideativa (E. M.)]. Agiscono macchinalmente, e loro manca l'iniziativa ragionata; quando si arrischiano a farne mostra, dànno prova di un'attività farraginosa, così che, trattando con essi, non si può mai contare su di una loro condotta continua e regolare. Talvolta ciarloni, nei loro conversari hanno molti giuochi di parole e spiritosità, che, a prima vista, potrebbero farci cadere in errore; ma la forma del discorso non serve che a meglio far spiccare la vacuità della loro mente, le lacune gravi dell'intelligenza, la mancanza pressochè assoluta di giudizio [e di raziocinio].

In questi veri infermi, gli istinti ed il senso morale sono allo stesso livello delle facoltà intellettuali. Ne parleremo ora brevemente per non dovervi poi ritor-

(1) Sollier, Psychologie de l'idiot et de l'imbécille; Thèse de Paris, 1891, e: L'idiotie e l'imbécillité au point de vue nosographique; in *Archives de Neurologie*, gennaio 1894, n. 83. [Questo concetto del mio egregio amico è assai discutibile. Si conoscono casi d'imbecillità in cui esistevano profondissime, per quanto limitate, alterazioni della massa cerebrale; la porencefalia, per esempio, sulla quale L. Bianchi ha effettuato un bellissimo studio (*La Psichiatria*, 1889). Non tutte le encefaliti infantili lasciano per residuo l'idiotismo, perchè ad alcune sussegue un arresto parziale della intelligenza: ed io ho visto, d'altra parte, gravissime e numerose stimmate degenerative in semi-imbecilli, e conformazioni somatiche talvolta correttissime ed armoniche in veri idioti (E. Morselli)].

nare, giacchè i particolari, nei quali entreremo in seguito riguardo ai disturbi del carattere e della condotta dei degenerati, si riferiscono specialmente ai deboli di mente ed agli squilibrati. Gli istinti dell'imbecille sono generalmente malvagi e viziati. Egoista per eccellenza, egli è insensibile al dolore morale, sensibilissimo, invece, al dolore fisico: ha un sentimento esagerato del pericolo. Non è nè generoso nè pietoso. Vanitoso e spesso pieno di pretese, è bugiardo, ghiottone, fiacco, pigro. Generalmente è dedito agli eccessi alcoolici e venerei, alla pederastia, all'onanismo. Pur di soddisfare le sue brutali passioni, non s'astiene da atti di violenza; esso è un individuo *anti-sociale*, a differenza dall'idiota che sarebbe piuttosto un extra-sociale (Sollier).

[**Bibliografia.** — La letteratura dell'imbecillità, considerata a parte, è scarsissima: per lo più, essa non è distinta dall'idiotismo, con cui la descrivono molti trattatisti senza darle neppure un paragrafo a parte. I pochi lavori italiani trovansi citati da me precedentemente (pag. 272). Aggiungasi: Cognetti de Martiis, Comunic. al I° Congr. med. Ligure di Spezia, in *Puglia med.*, 1895.

Si trova, inoltre, una ricca serie di perizie medico-legali su imbecilli resisi rei per impulsioni morbose, o rimasti vittima di violenze carnali, fra le quali notevoli specialmente quelle di Ziino, Tamburini, Tambroni, Bonvecchiato, Mandalari, ecc. Un caso unico, più che raro, di frenastenia concomitata da un vero cumulo di stimmate somatiche e biologiche di degenerazione, è quello da me ampiamente illustrato nel lavoro: L'Uccisore dei bambini, Carlino Grandi, in *Riv. Sper. di Fren. e Med. legale*, III-IV, 1877-78, estr. in un vol. di pag. 200 con ritr. e tav. (E. Morselli)].

[**III. Fatuità, Debolezza mentale** (*a*)]. — Nel debole di mente troviamo gli stessi difetti intellettuali dell'imbecille, però meno accentuati e di vario grado, a seconda che si prendono in esame i deboli più prossimi agli imbecilli, o quelli che occupano un grado più elevato nella scala mentale e confinano coi semplici squilibrati. Anche in questo caso, il fatto, che colpisce maggiormente, si è la difficoltà che questi infermi provano ad assimilarsi le cognizioni che loro si forniscono. Da bambini vanno a scuola a malincuore: si fanno notare specialmente pella debolezza della loro memoria, o non possono disporre che di una memoria parziale, la quale talvolta può essere brillante, [ma è sempre di indole meccanica e sterile]: memoria di date, di cifre, di termini geografici. Specialmente debole è la facoltà del giudizio; essi sono l'eco automatica delle idee, delle opinioni, che sentono a dire attorno a sè, ma sono poi incapaci di apprezzarle ragionatamente per loro conto. Ordinariamente sono molto creduli, ed eccoli divenire gli adepti predestinati di tutte le credenze superstiziose e mistiche, [mesmerismo, tavolini giranti, spiritismo, sette religiose, ecc.]. Sono incapaci di generalizzare, ma arrivano spesso a possedere un numero abbastanza grande di cognizioni particolareggiate; si tratta però soltanto di abilità manuali, in cui riescono finchè li si lascino rinchiusi nel loro lavoro di empirismo (*routine*) e non si esiga da essi nessuna spontaneità. Ve ne hanno di quelli che disegnano abbastanza bene, che si segnalano e passano come calligrafi; altri sono abbastanza buoni calcolatori, ma non hanno che questa sola attitudine (*b*). Alcuni, che possiedono sviluppatissimo il gusto musicale, ritengono a mente con tutta facilità dei pezzi di musica; altri hanno passione pella poesia: ma anche queste attitudini sono mediocri.

Contrariamente agli imbecilli, i deboli di mente sono capaci di tenere un certo posto nella società, e possono esercitare alcune professioni, che richiedono

(*a*) [Sinonimia: Gracilità mentale; *Fatuitas*, *Semiimbecillitas*, lat.; *Débilité mentale*, francese; *Folies héréditaires à existence intellectuelle limitée*, Morel; *Debilität*, ted. Ziehen (E. M.)].

(*b*) Sulla psicologia dei " calcolatori „ che sono spesso semimbecilli, cfr. Binet, Psychologie des grands calculateurs et joueurs d'échecs, Parigi 1894.

più assiduità che iniziativa: però essi non emergono mai, e i loro atti, il loro conversare talvolta prolisso e pretenzioso smascherano facilmente la debolezza delle loro facoltà mentali. Non hanno sempre e con sufficiente esattezza la coscienza delle loro azioni e della loro condotta, e, spesso, sono incapaci di discernere nettamente il bene dal male: in questi casi, non li si possono ritenere completamente responsabili (*a*).

[**IV. Squilibrio intellettuale** (*zona intermedia* o *neurosi mattesca* di Maudsley; *zona neutra* di altri autori (*b*) (E. M.)]. — Gli squilibrati, o " degenerati superiori „ del Magnan, [i " mattoidi „, almeno in parte del Lombroso, coloro cui Morel avrebbe voluto fosse limitato il nome di " monomani „ (E. M.)], sono ben diversi dai precedenti. Ciò che in essi ci colpisce si è meno lo sviluppo insufficiente, che l'ineguale delle varie facoltà. Nel suo insieme, l'intelligenza è sufficiente, anzi possiamo in essi rilevare una notevole attitudine alle arti, per esempio alla letteratura, alla poesia, più eccezionalmente alle scienze. Gl'individui appartenenti a questo gruppo, non soltanto figurano in società, ma vi si distinguono, e molti di essi passano fra le persone di talento e fra gli uomini di genio: [sono, però, sempre " genii parziali „ o meglio ancora " pseudogenii „, quando non sono assolutamente " mattoidi „ nel senso puro della parola, cioè sul limitare della follia (*c*) (E. M.)]. Sorprende infatti il vedere come, a lato di facoltà eminenti, ne abbiano altre rimaste allo stato embrionale; l'intelligenza è difettosa: [da un lato, per così dire, è ipertrofica, per es. nella memoria parziale; dall'altro è atrofica (E. M.)] e presenta delle vere lacune. Si tratterà, ad esempio, in un musico od un poeta, di assoluta inettitudine alle matematiche ed al calcolo; oppure lo sviluppo notevole della memoria e della facilità di elocuzione contrasterà grandemente coll'assoluta mancanza di giudizio. Altre volte le facoltà intellettuali potranno essere nel loro insieme bene equilibrate od anche brillanti, ma ad esse si accompagna un difetto più o meno completo del senso morale, una depravazione degli istinti, sui quali ritorneremo.

[La maggior parte di costoro non si ferma, però, al semplice squilibrio intellettuale: nella loro mente si originano con somma facilità delle idee morbose di grandezza, alimentate dal vivo sentimento di vanità che è in tutti i deboli, e così essi giungono ben presto a forme più o meno apparenti o latenti di delirio (" mattoidi megalomani „). In allora dànno largo esito alle

---

(*a*) [È particolarmente a costoro che sarebbe applicabile l'art. 47 del nostro Codice penale: ma dov'è il mezzo o il metodo per misurare il grado della imputabilità? Gli alienisti italiani si sono, in massima, pronunciati contrarii al principio della *semi-responsabilità*, che è di ordine giuridico, non psicologico. Veggasi: Bonvecchiato E., Pro' e contro la semi-responsabilità; *Riv. Ven. Sc. mediche*, 1890 (E. M.)].

(*b*) [Sinonimia: *Toqués* franc., Azam; Costituzione paranoica, o anche *Paranoia sine delirio*, Tanzi e Riva; Psicopatici intellettivi, Raggi; Eccentrici di spirito, Venturi; Paranoidi, in parte, Morselli; Mattoidi pseudo-geniali, ecc.

Da questo gruppo in poi la sinonimia degli stati psicopatici e psicosici degenerativi mi si è presentata estremamente difficile: posso dire che le note da me aggiunte al *Trattato di Medicina* costituiscono un primo saggio, o tentativo, di comparazione ed unificazione della multipla e fastidiosa sinonimia usata dagli autori con una libertà che sconfina nella licenza (E. M.)].

(*c*) È difficile capire quale sia il vero significato che il Lombroso dà oggi alla designazione, d'altronde felicissima, di " mattoide „ da lui stesso introdotta, più che nella scienza, nel linguaggio popolare. Sotto tale nome egli presenta dei bizzarri di ogni specie, dei grafomani, de' pseudo-inventori, de' pseudo-filosofi, dei politicanti, dei processomani, degli erotomani, dei pazzi morali, dei pazzi ragionanti, dei criminali alienati, dei paranoici e deliranti sistematici assolutamente caratteristici (ad es. *Lazzaretti*, *Passanante*, *Guiteau*, ecc.). Non sarebbe fuori di luogo una revisione dell' " Uomo delinquente e di genio „ sotto il punto di vista strettamente clinico-psichiatrico (E. M.).

loro elucubrazioni pseudo-geniali, diventano grafomani, perseguitano coloro da cui non si ritengono abbastanza considerati, e finiscono coll'entrare nella grande caterva dei paranoici di cui parleremo più innanzi. Niuno li ha descritti meglio del Lombroso, ed è alle sue opere che rimandiamo il lettore desideroso di esilararsi alla descrizione delle maggiori stranezze di cui sia capace la umana intelligenza.

Bibliografia. — Sullo squilibrio mentale e sulla zona intermedia: Maudsley, La Responsabilità nelle mal. mentali, trad. ital. di Tamassia; *Bibl. scient. intern.*, Milano 1875. — Lombroso, Genio e follia, e Uomo di genio. — Morselli, Un genio da Manicomio, Sanseverino 1877, un volume. — Raggi, in *Arch. di Psichiatria, Sc. pen.*, ecc., 1881. — Tebaldi, Ragione e pazzia, Milano 1884. — Cullerre, Les frontières de la folie, Parigi 1888. — Amadei, Una scoperta mattoide, Cremona 1889. — De Sarlo, in *Riv. di filosofia scient.*, IX, 1890. — Forel, Uebergangsformen zwischen geist. Störung u. geist. Gesundhheit; *Corr.-Blatt. schweiz. Aerzte*, XX, 1890. — Morselli, Pazzia e ragione, in *Pensiero italiano*, 1893, e Man. Semejot., vol. II, § 94, p. 480. — Moreau (de Tours), jun., Les excentriques ou les déséquilibrés du cerveau, Parigi 1894. (E. Morselli)].

I disturbi intellettuali nei degenerati aumentano spesso notevolmente nell'epoca della pubertà. Un giovane, di intelligenza fino allora normale, o distintosi in collegio per certe facoltà particolarmente brillanti, diventa inetto al lavoro; la sua memoria si indebolisce; egli perde la facoltà dell'attenzione. Al momento di scegliere una professione resta indeciso, incapace di applicarsi ad un lavoro che richieda raccoglimento dello spirito. La famiglia rimane sorpresa di questo cambiamento, tanto più che, in certi casi, delle attitudini più apparenti che reali avevano fatto fondare sul ragazzo grandi speranze. Questa trasformazione è spesso preceduta ed in certo modo preparata da eccessi venerei, dall'onanismo. Una tendenza alla malinconia, a vaghe idee di ambizione o di persecuzione, scatti di collera e di violenza, una modificazione dell'umore che diventa instabile ed irritabile, accessi di risa insensate, [che si alternano con periodi di tetraggine e di mutismo], costituiscono in generale il preludio del definitivo indebolimento intellettuale: e a questo si ridurrebbe [secondo l'autore] la *demenza precoce*, l'*ebefrenia* di Kahlbaum ed Hecker (1). [Ma le psicosi della gioventù meriterebbero, in verità, un discorso assai più lungo e meno spicciativo di quello contenuto nell'accenno precedente. Spettano a tale gruppo, ancora poco studiato, vari processi psicopatici di indole degenerativa, di sintomatologia molto varia, ma di prognosi ordinariamente poco fausta, perchè portano il più spesso e con rapidità a demenza. Qui mi contenterò di brevi

(1) Ewald Hecker, in *Virchow's Arch.*, vol. LII, 1871. [La scoperta dell'ebefrenia è di Kahlbaum che ne cedette la descrizione all'Hecker. — Altre pubblicazioni da consultare: Kahlbaum, in *Irrenfreund*, 1877; e: Ueb. Heboidophrenie, in *Allg. Zeit. f. Psych.*, XLVI, 1889. — Arndt, Die Neurasthenie, 1885 (pagg. 154-161). — Bourneville e Sollier, *Progrès médical*, 1888 e 1889. — Daraszkiewicz, Ueb. Hebephrenie; *Dissert.*, Dorpat 1892. — Venturi, Le degenerazioni psico-sessuali, *passim*. — Kahlbaum, Ueb. eine klin. Form d. moralischen Irreseins; *Arch. f. Psych.*, 1885. — Seppilli, Le psicosi della pubertà; *Congr. fren. Ital.*, Siena 1885. — Trowbridge, Insanity of pubescence, *Alienist a. Neurologist*, luglio 1891. — Kraepelin, Ueber eine eigenartige Form des Schwachsinn; *Congr. neurol. ed alien. Ted.*, Baden, giugno 1894 (E. M.)].

Si leggano al riguardo le lezioni di A. Mairet sulla follia della pubertà negli *Ann. méd.-psych.*, 1888-1889. Il Mairet considera i disturbi mentali della pubertà come disturbi particolari, indipendenti dalla degenerazione mentale: [nel che esso ha ragione per un certo numero di casi, in cui la psicosi è dovuta ad esaurimento cerebrale per intemperanza nello studio, o ad eccesso di masturbazione. Ordinariamente però la pubertà non dà luogo all'ebefrenia o a quei turbamenti affettivi, che certi alienisti tedeschi chiamano „ eboidoformi „ (Kahlbaum), se non nei predisposti da labe ereditaria o da degenerazione acquisita per gravi malattie infantili (E. M.)].

osservazioni sulla nosologia generale delle vesanie dei puberi, sulle quali poi dovremo tornare altre volte.

Il Ballet mostra, nel testo, di accettare l'idea del Kraepelin che subordina l'ebefrenia di Kahlbaum alla sua *dementia praecox:* questa consisterebbe nello sviluppo subacuto di uno speciale semplice indebolimento psichico primario nell'età giovanile, difficile quindi a differenziarsi dall'imbecillità. Si nota, infatti, negli imbecilli un regresso straordinario e rapido in corrispondenza della pubertà: io avevo già avvertito tale fenomeno nella mia pratica pedagogica sui frenastenici, e Sollier l'ha di poi assai bene illustrato.

Ma il limite delle pazzie di pubertà va sempre più estendendosi. Il Daraszkiewicz allargherebbe la nosografia dell'ebefrenia fino a quelle forme maligne che inducono rapida e profonda demenza. Pure alla pubertà Kahlbaum connetterebbe, della sua catatonia, almeno alcune delle varietà più precoci, quelle forse post-puberi e masturbatorie. Si aggiunga che, pochi anni or sono, l'insigne alienista ha descritto col nome di *eboidofrenia* (" Heboid ") una speciale forma clinica di pazzia morale, che succederebbe in pubertà e si rivelerebbe con perversità morale o moralità negativa. Recentissimamente, poi, Kraepelin ha differenziato una nuova psicosi ebetica, che sarebbe contraddistinta da indebolimento psichico totale con progressiva confusione del linguaggio (" *hochgradigste Sprachverwirrtheit* ") senza notevoli disturbi della condotta. Infine, vi sarebbe da tener conto dei delirî improvvisi dei degenerati, *délires d'emblée* di Magnan, di cui sarà discorso più innanzi, e che il Kraepelin designa come *Dementia paranoides* (E. Morselli)].

B. — **Anomalie del senso morale e del carattere.**

[Sinonimia (parziale): Anomalies dans la sphère des facultés affectives, Morel; Mattoidismo, Lombroso; Delirio dei sentimenti o degli atti, Aut. Francesi; Paranoia morale, Tanzi e Riva; Stati paranoici e paranoidi in reazione antisociale, più o meno aggressiva, Morselli (E. M.)].

Nei degenerati, le facoltà intellettuali non sono le sole, nè spesso le più lese: i *sentimenti* e le *tendenze* sono spesso pervertiti e, talvolta, anche notevolmente; onde anomalie del *carattere*, pervertimenti degli *istinti*, stranezze di *condotta*, che dei degenerati fanno esseri bizzarri, scorretti e nocivi, incapaci di adattarsi alle regole famigliari e sociali.

Gli osservatori già da molto tempo furono colpiti da queste anomalie, che vennero poi accuratamente studiate sotto i particolari aspetti coi quali si presentano nei vari casi. Gli ammalati, che ne sono affetti, a seconda delle tendenze dei tempi furono considerati come facenti parte [anch'essi insieme cogli squilibrati precedenti (E. M.)] della *zona media*, o intermediaria fra lo stato di salute e la pazzia (Maudsley); come individui *alle frontiere della pazzia* (Ball); [come semplici *mattoidi* (Lombroso)]. Col termine generico di *pazzia lucida*, Trélat ne descrisse parecchi tipi: i gelosi, gli orgogliosi, i mistici, i cattivi. La *mania ragionante*, la *follia morale* (Prichard) [diedero pur luogo a gravi controversie ed equivoci. Per certi autori, e sono i più moderni fra gli inglesi, i tedeschi e gli italiani, queste due forme, liberate da tutti i casi in cui il disordine del senso morale era parte secondaria del quadro sintomatico di altre malattie mentali (mania, paralisi generale, epilessia, ecc.), rappresentano due vesanie degenerative ben nette. Invece per altri alienisti, fra cui molti francesi (E. M.)], esse non costituiscono delle entità nosologiche, ma gruppi clinici nei quali

rientrano alcuni degenerati con perversione morale e degli istinti. Gli individui affetti dalla *mania dei processi*, i *processomani* o *querelanti* di Krafft-Ebing, i *perseguitati-persecutori* di J. Falret [forniscono occasione ad eguali dissensi. La maggioranza degli autori (Krafft-Ebing, Kraepelin, Schüle, Morselli) investiga e scopre, in essi tutti, un *delirio* più o meno esplicito, di persecuzione, di grandezza, di misticismo, ecc., e non dà valore al fatto che le idee deliranti siano talvolta latenti o abortive: quegli individui sono costituzionalmente e, nel più dei casi, originariamente *paranoici* o, per lo meno, *paranoidi*. Ma così non giudicano varii scrittori francesi, fra cui l'autore del testo che traduciamo (Gilberto Ballet) (E. M.)]: per essi i processomani e i perseguitati persecutori non sono propriamente deliranti, ma degenerati con tendenze pervertite.

Il fatto è che le varie espressioni, che abbiamo ricordate, si trovano ad ogni momento, usate ed abusate, in tutte le descrizioni [e perizie psichiatriche] e pella loro molteplicità sono tali da provocare confusione. [Ricordiamoci, intanto, che, a rigor di termini, sono in questo capitolo descritte due ben distinte categorie di stati psicopatici degenerativi. — La *prima categoria* comprende espressioni nosografiche (E. M.)], le quali non servono che a designare i vari aspetti di una sola ed identica cosa: i pervertimenti morali dei degenerati. Qualcuna di queste espressioni (mania ragionante, pazzia morale, [squilibrio pazzesco]), meritano di esser conservate in quanto si riferiscono a tipi speciali di tali pervertimenti; ma non debbono essere considerate che come sotto-divisioni dell'importante capitolo in cui si debbono trattare le alterazioni concernenti i sentimenti e le tendenze degenerative. — [La *seconda categoria* riguarda, come vedremo, le manifestazioni più appariscenti di un disturbo non soltanto affettivo o del sentimento, ma eziandio intellettivo o dell'ideazione. È il gruppo multiforme dei " perseguitati-persecutori „ degli alienisti francesi, che noi ridurremo sotto il nome più scientifico di " paranoici „ in gran parte originarii ed in piccola parte tardivi. Per non intralciare di soverchio la presente versione italiana, noi li lascieremo descrivere dall'Autore fra le " Anomalie del senso morale e del carattere „, pur facendo le nostre riserve, come meglio diremo più innanzi, sulla immancabile presenza, in tutti costoro, di un delirio di indole paranoide (E. Morselli)].

I. Anomalie del carattere, propriamente dette (*squilibrati*, *originali*, *eccentrici*) (*a*). — " L'esperienza quotidiana, dice con molta ragione Maudsley (1), ci insegna che molte persone, pur non essendo pazze, presentano delle particolarità nel modo di pensare e di sentire, o nel carattere, che le rendono molto diverse dalla comune, e per le quali esse si fanno segnare a dito. Queste persone possono oppur non diventare pazze; però esse discendono da famiglie, nelle quali esiste o pazzia o qualche altra neuropatia: insomma, esse hanno un temperamento nervoso particolare „.

Questo " temperamento nervoso „ speciale, indice di una organizzazione difettosa del sistema nervoso, si rivela talvolta con un semplice *squilibrio morale*, che corrisponde allo squilibrio intellettuale, del quale abbiamo già par-

(*a*) [Altre Sinonimie più o meno parziali: *Excentricités*, Morel; " Mattoidi morali „, Lombroso; Psico-neuropatici affettivi ed istintivi, Raggi; Tempre paranoiche, paranoidi e isteroidi, ecc. di altri autori; Bizzarria e stravaganza di carattere (E. M.)].

(1) Maudsley, Crime et folie, pag. 40, Parigi, " Bibl. scientif. internat. „, 1874 [È l'opera citata più indietro: La responsabilità, ecc., trad. da Tamassia].

lato e col quale spesso si accompagna. Dotati di una eccessiva sensibilità morale, gli individui, che ne sono affetti, presentano una grande mobilità di sentimenti, sono instabili nei loro affetti, non sanno prendere una risoluzione definitiva ma la cambiano di spesso. Passano facilmente, e spesso in modo improvviso, a seconda delle impressioni, dall'attività all'apatia, dall'eccitazione al torpore. Pronti all'entusiasmo, sono propensi allo scoraggiamento, facili a lasciarsi sedurre dalla prospettiva di un'idea o di un progetto nuovo: sono poi deficienti nella loro condotta e nei loro atti. Perciò riescono difficilmente nelle carriere che richiedono perseveranza e tenacia. Incapaci di fissare a lungo la loro attenzione sullo stesso oggetto, vanno sempre in caccia di nuove impressioni, si compiacciono dei cambiamenti di posizione sociale, sono inclinati ai viaggi, non tanto per l'interesse che questi presentano, quanto per un bisogno di andar vagando alla ventura. All'asilo di *Sainte-Anne* abbiamo visto uno di questi squilibrati, che in due anni ha percorso la maggior parte dell'Europa, l'Algeria, la Tunisia, il Marocco, l'Egitto, il Senegal, la Giudea, la Siria, il Brasile, l'Uraguai, la Repubblica Argentina, la Patagonia, Nuova York, Filadelfia, l'Ohio, le Azorre, Madera. Ha fatto tutto questo viaggio senza prendervi grande interesse, lasciando ogni città appena toccatala, ritornando sui suoi passi o seguendo la sua corsa vagabonda senza provare altro piacere che quello di cambiare di luogo.

Gli affetti, più superficiali che profondi, sono anch'essi poco stabili, come le tendenze ed i gusti di questi esseri male organizzati. Stringono grande amicizia coi primi incontrati, che poi dimenticano subito, e tali relazioni occasionali fanno spesso loro trascurare o dimenticare i profondi affetti di famiglia.

In altri, allo squilibrio si accompagnano bizzarrie di contegno, di portamento, di aspetto o dei gusti, che giustamente li fanno designare per *originali* ed *eccentrici*. Hanno un modo loro proprio di vestirsi: lo stesso dicasi del modo di portare la barba e di acconciarsi i capelli. Non è raro incontrare per le vie di Parigi di tali persone dall'aspetto enigmatico, dall'andatura di profeti, il cui abbigliamento bizzarro, la zazzera di lunghezza smisurata, attirano l'attenzione dei passanti. Di questi individui può dirsi che il manicomio li aspetta e, non di rado, vi vengono rinchiusi in seguito ad un accesso parossistico.

In certuni, però, le bizzarrie, pur essendo meno imponenti, sono altrettanto significative. Si tratta di modi di essere anormali, che vengono notati soltanto da quelli della famiglia. Noi abbiamo avuto per compagno di studi un giovane di intelligenza viva, che non riuscì mai a spogliarsi nello stesso modo degli altri: si toglieva dapprima le scarpe, di poi i pantaloni, poi la giubba ed, in ultimo, il cappello a cilindro; morì poi con sintomi cerebrali. Credo inutile moltiplicare gli esempi. Ma certi collezionisti, che impiegano tutta la loro attività a raccogliere oggetti strani, coloro che si affezionano in modo straordinario ad animali loro preferiti, [gli zoofili, antivivisezionisti (E. M.)], tutto ciò, infine, che richiama l'attenzione dei famigliari, quelle mille " manie " che rivelano una notevole anomalia delle tendenze e dei gusti, generalmente rientrano nel gruppo che stiamo studiando. [E vi rientrano pure, se non sono decisamente pazzi morali, o paranoici, certi filantropi in cui l'antropofilia è soltanto un mezzo per soddisfare l'egofilia, mettendosi in mostra (E. M.)].

Se si cerca di approfondire lo studio di queste " manie " per analizzarne completamente i particolari caratteri, vi si scorge spesso lo sviluppo esagerato di alcuni sentimenti, e la fievolezza o la scomparsa di alcuni altri. Il degenerato ordinariamente è un " egotista " : [la guida della sua condotta è, adunque, l'egocentrismo (E. M.)], e lo sviluppo eccessivo della sensibilità morale, che si

riscontra di frequente in lui, dà ragione di tale esagerato sentimento dell'io. Spesso tende istintivamente a riferire tutto a sè; così è *vanitoso*, pieno di sè stesso, arde dal desiderio di mettersi in mostra. Questo sentimento, d'altronde, è conciliabile con un grado talvolta notevole di *timidità*. Siccome nei rapporti sociali non trova tutte le soddisfazioni dell'amor proprio che desidera, diventa con tutta facilità e molto presto *scontroso*, sospettoso, misantropo. Si tiene in disparte, e coi famigliari si mostra sempre diffidente. Altre volte si fa segnalare specialmente pella sua tendenza alla tristezza od all'ipocondria. [Noi vedremo, a suo tempo, come su questo squilibrio di fondo si sviluppi poi facilmente la paranoia originaria.

Bibliografia. — Si consulti la bibliografia della zona intermedia a pag. 276. Segnalo, inoltre, i seguenti: Lombroso, Pazzi ed anomali, Saggi, 2ª ediz., 1889 — Azam, Les toquès; *Revue scientifique*, 1891 — Benedikt, Le vagabondage; *Annal. d'Hygiène*, 1891 — Meige, Le Juif errant; *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1894 (E. M.)].

II. Mania ragionante e Pazzia morale. — Se i difetti del carattere, che abbiamo passato in rapida rivista, si accentuano, essi determinano quegli stati morbosi designati col nome di *mania ragionante* e di *pazzia morale*. Queste espressioni sono improprie, in quanto potrebbero far credere che si tratti di vera pazzia. Niente di tutto ciò: gli infermi di questo gruppo non sono, a propriamente parlare, dei deliranti, [e neppure, a dir vero, degli " ammalati "]; sono bensì degli anormali pel loro modo di pensare, di agire, di sentire: [e tale anormalità essendo costituzionale, connaturata con la evoluzione della personalità, più che malattia, è mostruosità, è anomalia (E. M.)]. La mania ragionante e la follia morale sono molto affini l'una all'altra, e costituiscono un solo ed identico stato morboso. Però, nella mania ragionante predomina uno stato d'agitazione abituale, l'esaltazione di certi sentimenti, un bisogno di agire, la tendenza di mettersi sempre in evidenza; mentre nella follia morale si ha specialmente un pervertimento dei sentimenti e degli istinti, pei quali gli individui si lasciano trascinare ad atti biasimevoli [e criminosi]. Il maniaco ragionante dà impicci, è noioso, seccantissimo per quelli che lo circondano; il pazzo morale è un nocivo, è un *amorale*, [che diventa un pericolo per la società]. Ed ecco perchè descriveremo separatamente questi due stati morbosi, [che molti alienisti confondono, a torto, fra loro, sia negli scritti, sia nella pratica forense (E. M.)].

1. Mania ragionante [*Follia*] (*a*). — I caratteri, i limiti e la natura della mania ragionante hanno suscitato molte discussioni, e le opinioni al riguardo sono varie e contradittorie. Quest'affezione non costituisce una entità nosologica a sè, come pare a torto pensasse Campagne (1); ma una sindrome, che, quasi sempre cogli stessi caratteri, può essere l'espressione clinica di varie malattie

(*a*) [Sinonimia: *Mania sine delirio*, lat.; Monomania ragionante o affettiva, Esquirol; Monomania impulsiva, Morel; Delirio degli atti, Follia d'azione o degli atti, Brierre-de-Boismont, Falret; Mania di carattere, Sc. Pinel; Pseudomonomania, Delasiauve; *Affective insanity*, Maudsley; Follia pr. detta, Morselli.

I termini italiani di *follia* e *folle* sono specialmente adoperati per indicare lo stato di chi opera inconsideratamente, senza ragione e senza prudenza. Noto qui, per una semplice nozione storica, che nel mio insegnamento clinico ho sempre diviso la mania ragionante dalla pazzia morale (*follia* e *psicosi criminale o amorale* della mia classificazione) (E. M.)].

(1) Campagne, Traité de la manie raisonnante, Parigi 1869.

mentali: della follia periodica, dell'inizio della paralisi generale, della degenerazione mentale. Noi tratteremo soltanto dell'ultima forma, [che non essendo secondaria, nè sopraggiunta a sviluppo avanzato della personalità, merita di conservare e nome e posto speciali (E. M.)].

" Vi hanno individui, dice Falret (1), predisposti alla follia fin dalla prima infanzia, la cui malattia si è iniziata negli ascendenti e che, fin dalla prima età, manifestano nei loro sentimenti e nelle loro tendenze delle particolarità tali, delle bizzarrie così gravi, che si distinguono fin d'allora da tutti i bambini della stessa età e la stimmate della pazzia si rileva in loro fin dall'infanzia. Lo specialista riconosce di buon'ora in questi bambini i segni della predisposizione a tale malattia. Codesti segni vanno sempre più facendosi manifesti col progredire dell'età, specialmente nell'epoca della pubertà, e talvolta più tardi: l'incubazione della follia è in questi individui insidiosa, e si potrebbe dire che quasi si confonda, crescendo grado a grado, collo stato di predisposizione che, fin dalla nascita, costituisce il loro carattere normale ".

La mania ragionante, non appena sia nello stato veramente conclamato, si traduce con una sovrattività delle funzioni intellettuali, con un imperioso bisogno di agire e di muoversi, che spinge gli ammalati ad atti disordinati e, talvolta, nocivi [(" delirio degli atti ")]. Il linguaggio rimane, nel suo insieme, corretto; il ragionamento logico, gli argomenti buoni non vengono meno all'ammalato ove si tratti di giustificare i suoi atti e la sua condotta. E, così, esaminandolo superficialmente, egli può passare per un individuo normale: un esame attento, però, permette subito di scovrirne il profondo squilibrio della mente. I discorsi sono lunghi e prolissi; la mente si fissa a disagio su di un'idea, concepisce mille progetti, dei quali, alcuni non sembra, a tutta prima, abbiano alcunchè di strano, gli altri sono singolari, assurdi, ridicoli. Il maniaco ragionante si compiace a far mostra dei suoi disegni e delle sue vedute: parli o scriva, la sua fraseologia lascia intravvedere i sentimenti egoistici, vanitosi ed ambiziosi, che lo dominano; convinto della sua infallibilità, l'ammalato non ammette contraddizioni nè opposizioni, pronto a ribellarsi contro chi cerca frenarlo nella sua esuberante attività. Fa volentieri delle piccole composizioni musicali, dei versi, pronuncia dei discorsi, rende servizii d'ogni sorta, si spande in continue visite, fa acquisti assurdi, nei quali compromette la sua fortuna e l'avvenire della sua famiglia. Se questa interviene per proteggere il maniaco contro i danni della sua esuberante attività, ne seguono proteste, querele, appelli alla giustizia ed ai pubblici funzionarii. Incosciente del suo stato, il maniaco ragionante non ammette che lo si possa ritenere ammalato: egli ha degli argomenti speciali per dar ragione degli atti i più deplorevoli e delle pretese le più ridicole.

[Siccome non conosce, per lo più, il valore del danaro ed obbedisce senza riflessione a tutte le tendenze che in lui creano i numerosi bisogni psichici di cui la civiltà ci ha fatto dono, così il ragionante diventa eccessivamente prodigo (*a*): spende e sperpera il suo e quello che gli venisse, per mala ventura, affidato; è a quando a quando munifico, regalando splendidamente amici ed estranei, invitando a banchetto nelle trattorie chiunque gli si presenti, gozzovigliando con prostitute e persone di bassa lega. Non di rado

(1) J. Falret, Folie raisonnante; *Société médico-psychol.*, 8 gennaio 1886.

(*a*) Ben a ragione la prodigalità è considerata, nella nostra legislazione e giurisprudenza, come un motivo sufficiente di inabilitazione ed interdizione: ordinariamente essa costituisce una vera stimmata psicopatica (E. M.).

vengono da lui commesse azioni sconvenienti, immorali ed antigiuridiche, quali sarebbero l'ostentazione del libertinaggio, i debiti insolvibili, il barare al giuoco, le appropriazioni illecite, le truffe, i falsi, i furti nei negozii, ed ogni sorta di loschi affari.

Un'altra caratteristica di questo stato degenerativo è il mendacio: il pazzo ragionante prova una vera voluttà nel dire delle bugie, e questo bisogno è in lui tanto radicato che spesso ei diventa e si serba bugiardo anche contro il proprio interesse. Certe isteriche ci porgono il quadro più completo della mania ragionante, sebbene or ora Pietro Janet (*a*) abbia preteso difendere la donna isteropatica dalle accuse, comunemente ammesse, di maliziosità, di amore della calunnia, e di simulazione.

Bibliografia. — Pritchard, On the different form of Insanity in relation of Jurisprudence, Londra 1842. — Marc, De la folie dans ses rapports judiciaires, etc. — Falret, De la folie raisonnante ou folie morale: Parigi 1866; vedi *Étud. clin.*, Parigi 1870. — Trélat, La folie lucide, Parigi 1861. — Discussione alla Soc. méd.-psychol. di Parigi, in *Ann. méd.-psych.*, 1866. — Verga A., Consid. sulla pazzia ragionante; *Arch. ital. Mal. nerv.*, 1866. — Livi, Frenologia forense, 1873. — Verga A., Brugnone, Biffi, ecc., Sul processo Agnoletti; *Arch. ital. Mal. nerv.*, 1872. — Bigot, Des périodes raisonnautes de l'alién. mentale, Parigi 1877. — Legrand du Saulle, Les signes physiques des folies raisonnantes; *Gaz. d. Hôp.*, 1878. — Tebaldi, Eccentricità del carattere in rapp. alla capacità al testare, Padova 1881, op. — Vigna C., in *Atti R. Ist. Veneto*, 1884. — Morselli, Manuale di Sem. Mal. ment., vol. II, p. 478 e s. — Verga G. B. jun., Contr. allo studio della pazzia morale o ragionante; *Arch. Mal. nerv. e ment.* 1880. — Sergi G., La degenerazione del carattere; *Rivista carceraria*, 1888. — Reyes, État mental chez les enfant dégénérés, Parigi 1890.

Sulla *bugia patologica*, veggasi: Delbrück, Die pathologische Lüge und die psychische abnormen Schwindler, Stuttgart 1891; Moeli, Lüge und Geistesstörung, *Allg. Zeit. f. Psych.*, XLVIII, 1892, p. 257. (E. Morselli)].

2. Pazzia morale (*Moral insanity*, Pritchard) (*b*). — In certi degenerati i pervertimenti del senso morale arrivano talvolta ad un grado tale, che predominano sulle altre imperfezioni organiche ed in certo modo le mascherano. I disturbi dell'intelligenza, che non mancano mai, passano in tali casi in seconda linea. L'individuo, per tutta la sua esistenza, è ritenuto per una persona immorale, incapace di adattarsi alle esigenze della vita sociale [(" inadattabilità all'ambiente ") (E. M.)]. Non si tratta più soltanto di tendenze perverse, che fanno parte, d'altronde, del carattere di molti degenerati cosicchè già le abbiamo accennate: qui gli istinti sono costituzionalmente viziati, gli atti sono irragionevoli e nocivi; la vita, dall'infanzia all'età avanzata, è tutta una sequela di atti scorretti, assurdi, spesso delittuosi, talvolta criminali. I pazzi morali sono sempre una rovina della famiglia, quando non sono pericolosi per la società; confinano col criminale volgare: Lombroso (1) arriva a sostenere, non senza una certa ragione, che non vi ha differenza sostanziale fra il criminale-nato ed il pazzo morale. Ma noi non vogliamo qui discutere circa la ragionevolezza di tale identificazione, giacchè il trattare nei suoi particolari la questione della criminalità ci trarrebbe fuori dei limiti che ci vengono imposti. [Ne daremo più qua più là qualche breve ragguaglio (E. M.)]. Ci basti qui il dire che il pazzo morale, quale lo descriveremo, rientra senza dubbio negli stati patologici. Egli è un " degenerato ", nello stretto senso che abbiamo dato a tale parola; di fatti,

---

(*a*) Cfr. Janet P., L'état mental des hystériques; *Bibl. Charcot-Debove*, Parigi, Rueff, 1893.

(*b*) [Sinonimia: Imbecillità morale; Psicosi criminale o amorale (Morselli); Degradazione morale o etica; franc. *Folie morale, monomanie affective;* ted. *Moralisches Irresein, moral. Wahnsinn* (?), *ethische Irrsinn: Insania moralis*, lat. (Jelgersma); *Moralische Idiotie* (Krafft-Ebing) (E. M.)].

(1) Lombroso, L'uomo delinquente [vol. I, nella trad. franc.], pag. 542. Parigi, F. Alcan, 1887.

ha del degenerato le deformità fisiche (craniane o di altri organi), le stigmate intellettuali, sieno esse gravi o lievi, la ereditarietà che in lui è quasi sempre molto intaccata; finalmente, come gli altri degenerati ha tendenza ad accessi vesanici, generalmente passeggeri, e si è appunto per qualcuno dei citati accessi che egli fa talvolta la sua comparsa fra gli ospiti del manicomio (*a*).

[*Definizione e autonomia nosologica della pazzia morale*]. — La mancanza od il pervertimento del senso morale che costituiscono la caratteristica della *moral insanity* del Pritchard, possono riscontrarsi come epifenomeno accidentale o secondario nel decorso od in seguito a certe affezioni mentali, che non hanno alcun rapporto diretto e necessario colla degenerazione: nella pazzia periodica, ad esempio, nell'alcoolismo, nella paralisi generale. Ma, in questi casi, non si tratta più di pazzia morale propriamente detta: [si tratta, bensì, di una sindrome, che come il delirio, come l'allucinazione, come l'impulso, può presentarsi nel decorso e soprattutto nella fase prodromica o terminale di un gran numero di vesanie, di cerebropsicopatie, e perfino di nevrosi (E. M.)]. L'estendere il significato di questa parola, come vorrebbero alcuni autori, lo Schüle ad esempio [(nelle prime edizioni, ma non più nell'ultima del suo Trattato) (E. M.)], significa toglierle ogni precisione, senza alcun profitto per la descrizione di essa.

[E questa è la ragione prima, forse unica, delle lunghe e intricate discussioni che si sono fatte fra alienisti d'ogni paese, da Pritchard in poi, circa all'esistenza o no d'una forma speciale nosologica cui si dovesse mantenere il nome di “ moral insanity „. Gli stessi termini di *pazzia ragionante*, *pazzia lucida*, *monomania volitiva* o *affettiva*, introdottisi di straforo in Psichiatria per un'invasione funesta di concetti empirico-giuridici e filosofici, non poco hanno contribuito ad aumentare la confusione (*b*). Oggi, però, chiarite le idee, soprattutto per opera della scuola psichiatrica e criminologica italiana, che ha data una ricchissima e originale produzione sull'argomento della pazzia morale, questa è entrata di pieno diritto nella nosologia psichiatrica come forma speciale, idiopatica, e fors'anco può figurare fra le psicosi clinicamente più sicure e meglio definite.

La opposizione che si è fatta all'esistenza della “ moral insanity „, prendeva le mosse, oltrechè dall'equivoco in cui la maggioranza degli alienisti versava, come si è detto, circa ai veri limiti nosologici della psicosi, anche da un dubbio teorico a riguardo del “ senso morale „. Per convincere gli oppositori

(*a*) [I pazzi morali sono però assai rari nei Manicomii, di fronte alla relativa frequenza con cui questa psicosi funesta le famiglie e la società. Dalle statistiche dei Manicomii italiani risulta che alla fine del 1883 ve n'erano soli 132 (76 maschi e 56 femmine), e alla fine del 1891 erano aumentati appena fino a 179 (120 m. e 59 f.). Ma converrebbe tener conto di quelli reclusi nelle carceri, negli Stabilimenti penali e nel Manicomio criminale dell'Ambrogiana presso Montelupo. Certo, non tutti i delinquenti sono affetti da morbosa e congenita deficienza del senso morale, perchè non tutti sono degenerati nel senso clinico-psichiatrico della parola: ma anche volendo computare soltanto quei casi, in cui la superficiale analisi psicologica dei compilatori delle statistiche carcerarie è costretta a riconoscere il perturbamento mentale, si avrebbero proporzioni sempre di gran lunga superiori, per lo meno quadruple, di quelle offerte dalla libera popolazione (il 5 ‰ contro l'1 ‰). Che se l'analisi vien fatta con esame individuale da persone più o meno competenti, si trova, ad esempio, che nelle carceri di Torino il 32 % dei delinquenti offre o psicosi decise o profonde alterazioni psichiche (Marro), fra cui naturalmente la pazzia morale e la epilessia tengono il primo posto (E. M.)].

(*b*) Di tali dispute e dissensi si ha una prova nella esauriente polemica cui alcuni anni or sono hanno preso parte i migliori nostri alienisti e medici legisti, e che ebbe un'eco prolungata nei Congressi freniatrici italiani ed in quelli internazionali d'Antropologia criminale (E. M.).

che quest'ultimo può essere deficiente, anomalo o morbosamente pervertito senza una altrettanto evidente alterazione degli altri elementi psichici (emozioni, istinti e sentimenti egoistici; percezioni, ricordi, idee concrete e generali; tendenze, volizioni), bisognò sottoporre a disamina la teoria ed i principii fondamentali dell'etica, studiare l'origine e la evoluzione della moralità nella specie nella società e nell'individuo, dileguare i sospetti dei sostenitori del libero arbitrio, e dimostrare che si può avere la *nozione* della moralità o immoralità di un atto senza averne il *sentimento*. È la mancanza di questo sentimento l'anomalia psichica costituzionale che caratterizza per l'appunto il pazzo morale (*a*) (E. Morselli)].

I sentimenti morali rappresentano nell'uomo il prodotto di due fattori: l'ereditarietà e l'educazione. Nascendo, portiamo il germe delle tendenze che, sviluppandosi, costituiranno poi il nostro carattere. Se quelle sono buone, una affezione cerebrale dell'infanzia può senza dubbio impedirne o turbarne lo sviluppo, come un'educazione sbagliata è anch'essa capace, in certa misura, di trasformarle; perciò non tutti i pervertimenti morali sono necessariamente ereditarii, ma ve ne hanno di acquisiti. [Aveva torto, in sulle prime, la scuola antropologico-criminale quando, sedotta dai primi risultati antropologici, trascurava affatto il fattore sociale, come lo mostra il termine stesso di " delinquente-nato ", esteso a quasi tutti gli individui che commettevano gravi azioni antisociali. Oggi il termine rimane come vestigio di una fase fortunatamente storica delle dottrine intorno alla delinquenza (E. M.)]. Per contro, se le stesse tendenze sono, fin dalla nascita, viziate, l'esempio ed il consiglio assennato possono in certo grado migliorarle; ma vi hanno casi, e di questi precisamente intendiamo dire, nei quali il vizio originario è tale, che l'educazione più perfetta è impotente a modificarne i deplorevoli effetti. Come l'istruzione più accurata non arriva mai ad elevare un *idiota intellettuale* al grado di un essere intelligente, così i consigli, gli incoraggiamenti ed i castighi non riescono a trasformare un *idiota* [o *imbecille*] *morale* in un individuo dalla condotta regolare e corretta. Ed i degenerati, dei quali trattiamo, sono appunto degli " idioti morali ".

[Questa designazione (del Ballet) che, a rigor di termini, sarebbe giusta, può non pertanto dar luogo a nuovo equivoco, o, meglio (se si riflette sulla storia della questione), risuscitarne uno già vecchio. Occorre intenderci bene.

E, infatti, i pareri degli alienisti circa alla natura della pazzia morale si possono distinguere in due gruppi principali. Gli uni, e sono di preferenza tedeschi, Westphal, Gauster, Moeli, Binswanger, Schloess, ecc., cui possiamo aggiungere il nostro Bonfigli, ritengono che i pazzi morali siano nient'altro che imbecilli (*Schwachsinnige*). Altri, all'opposto, pur non negando che i poteri intellettuali possano essere talvolta manchevoli (*b*), non mettono tale semi-imbecillità fortuita in prima fila, ma dànno importanza nosologica alla mancanza del senso morale ed alla perversità degli istinti (Krafft-Ebing, Krauss, Schüle, Emminghaus, Holländer, ecc.). Meglio di tutti, il Kraepelin, che nella

(*a*) Cfr. Tanzi, art. " Pazzia morale ", in *Encicl. med. ital.* (1884?), e: Pazzi morali e delinquenti-nati, in *Riv. Fren.*, 1884. — Un profondo esame della criminalità e pazzia morale in rapporto al diritto fu fatto da Meynert, Die psychiatrische Diagnose u. der Richterstahl, in *Wien. klinische Wochenschrift*, 1891, nn. 24-25 (E. M.).

(*b*) Questa manchevolezza dei poteri intellettuali sarebbe dimostrata anche dalle indagini psicometriche: i pazzi morali presentano una rilevante lentezza degli atti psichici, lentezza che sarebbe proporzionale al grado di pervertimento morale (cfr. Marro, *Arch. Psich. Sc. pen.*, 1885, fasc. 4) (E. M.).

ultima edizione del suo Trattato, al capitolo della " Deficienza mentale congenita „ (*angeborene Schwachsinn*), ne distingue quattro forme: la intellettuale, la morale (*moralischer Schwachsinn*), la emotiva e l'impulsiva. Chiunque esamini attentamente un vero pazzo morale, troverà, certo, delle deficienze nell'attività intellettuale, poca attenzione, memoria labile, associazioni ideative superficiali, scarso potere di logica: non potrà però mai dirsi che un *Lacenaire*, un *Ravachol*, un *Conte K*..., un *Tommaso Waimoright*, una *Carnevali* siano imbecilli (*a*). Davanti a simili esempi si è costretti ad ammettere l'esistenza autonoma di una psicosi degenerativa, per la quale non si evolvono nell'individuo i due sentimenti umani di pietà e di giustizia, e il tipo mentale, formatosi coi secoli per eredità di abitudini affettive, soggiace ad un vizio congenito di sviluppo.

Ma l'autonomia nosologica della pazzia morale conta altri avversarii. Vi è, per es., chi subordina la pazzia morale alle comuni vesanie, pretendendo che essa altro non sia se non una manifestazione di mania periodica, nel qual caso gli atti criminosi sarebbero un equivalente dell'attacco maniaco (Klendgen) (*b*): idea erronea, causata dall'avere scambiata la fase ipomaniaca di certe vesanie periodiche, a colorito clinico poco accentuato, con la esuberante attività egoistica del vero pazzo morale. Da ultimo, trova qui posto la dottrina dell'*identificazione* della pazzia morale con la epilessia, enunciata dal Lombroso alcuni anni or sono, e appoggiata su un certo numero di dati analogici e di osservazioni cliniche (*c*). Quest'ultimo concetto non ha, a parer mio, altro fondamento se non nella generale parentela di tutti gli stati degenerativi. Storicamente risale anch'esso, come l'altro concetto della natura epilettoide della delinquenza e del genio, al Moreau (de Tours), il cui albero della degenerazione nevropatica emette il ramo della varietà affettivo-intellettuale comprendente i criminali, le prostitute, i *mauvais sujets* (leggasi " pazzi morali „), gli eccentrici e gli utopisti (" i mattoidi „ o " pseudogenii „) proprio di contro al ramo della varietà nevrosica, comprendente l'epilessia, la corea, l'isterismo, la balbuzie ed i ticchi. Si può, dunque, parlare di *affinità*, non di *identità*: nessuna maraviglia, d'altronde, che la pazzia morale si possa associare o sostituire nello stesso soggetto all'epilessia, come si associa e sostituisce alla corea, all'isterismo, all'alcoolismo, al morfinismo, e ad ogni altra forma consimile di degenerazione congenita od acquisita. Ma negasi forse l'esistenza autonoma dell'isterismo perchè questo dipende talvolta da un'intossicazione ed esce, ad esempio, sotto l'influenza dell'alcool dal suo stato di latenza? (E. Morselli)].

[*Varietà*]. — Possiamo dividere i pazzi morali, un po' artificialmente, in parecchie categorie. Gli uni, che occupano i gradi più bassi della graduazione, sono, checchè voglia pensarsene, quasi altrettanto deboli intellettualmente quanto moralmente; arrivano appena a stento a distinguere il bene dal male. La loro intelligenza è così corta che giustifica il loro pervertimento, la loro scor-

---

(*a*) Per lo studio individuale di questi famosi rei, affetti evidentemente da pazzia morale, veggansi: Despine Prospero, Psychologie naturelle, in 3 vol., Parigi, Savy, 1868 (opera di primaria importanza nella storia della Antropologia criminale); Lombroso, Gli Anarchici, Torino 1894; Morselli e Lombroso, Perizia, in *Arch. Psich., Antr., crim.*, 1885; Havelock Ellis, The Criminal Man, Londra 1890; Bianchi A., Ferrero G. e Sighele, *Mondo criminale ital.*, anno I, Milano 1893 (E. M.).

(*b*) Cfr. Klendgen, in *Zeitsch. f. gerichtliche Medicin*, Nuova Serie, II vol., 1888.

(*c*) Cfr. Lombroso, in *Arch. di Psich., Antr. crim.*, 1885, e *Atti del Congr. freniatrico ital.*, di Siena, 1886. — La più completa e disciplinata illustrazione della dottrina lombrosiana trovasi in Roncoroni, Trattato clinico dell'Epilessia, Milano, F. Vallardi, 1895.

retta condotta, della quale non comprendono la nocevolezza e la biasimevolezza. Sono dei veri *ciechi morali* [(" *ethische Blindheit* „ dei tedeschi (E. M.)].

Altri sanno ciò che la probità impone e ciò che la morale proibisce; ma i loro sentimenti pervertiti non li fanno ristare dal male: essi non hanno alcuna tendenza al bene. Hanno nozione della teoria; ma non passano da questa alla pratica. Se i sentimenti morali non mancano loro, " essi, come dice Schüle, non sortiscono alcun effetto, e non hanno alcuna influenza sugli atti, ma rimangono quali cognizioni astratte „. Potremmo chiamarli degli *anestetici del senso morale*, [o anche, per continuare il paragone precedente, dei *daltonici morali* (" *ethische Farbenblindheit* „ dei tedeschi) (E. M.)].

Finalmente, ve ne hanno di quelli ai quali non manca affatto il senso morale, ma in essi è soltanto appena affievolito. Costoro *desidererebbero* seguire la retta via; ma i loro appetiti e le loro tendenze sono più forti del desiderio. Si abbandonano impotenti alla corrente, pur pentendosi ogni tanto della loro vigliaccheria, della loro debolezza. [Qui la lesione principale risiederebbe nella sfera volitiva: essi sono *abulici*, e parmi che costituiscano, in buona parte, i " criminaloidi „ del Lombroso. Si vedrà più innanzi che l'abulia appartiene alle stimmate psichiche della degenerazione (E. M.)].

Riassumendo il qui detto, vediamo che nei primi, nei ciechi morali, cioè, manca la coscienza; nei secondi, negli anestetici del senso morale, essa parla, ma è impotente ad influenzare gli atti, perchè non aiutata da alcuna di quelle tendenze emotive che spingono l'uomo verso il bene; negli ultimi, finalmente, le tendenze emotive verso il bene esistono, ma sono troppo deboli per lottare contro quelle che spingono l'individuo al soddisfacimento dei suoi appetiti e delle sue passioni. Queste distinzioni potranno sembrare alquanto artificiose, però esse non scaturiscono da induzioni di una psicologia ipotetica, sono invece giustificate dalla disamina dei fatti clinici.

[Alcuni alienisti, Gauster e Tiling ad esempio, dividono la pazzia morale sul criterio dell'attività psicomotoria, al modo istesso con cui vengono distinte le forme della demenza e dell'idiozia, la prima in apatica ed agitata, la seconda in ergetica ed anergetica. Su questo criterio alcuni fra i pazzi morali sarebbero pure *eretistici*, altri *torpidi* (*a*): ma quelli non si sa davvero come si differenziino dai maniaci; e nei torpidi esisterebbero, nientemeno, parestesie ed allucinazioni quali cause efficienti degli impulsi perversi. Basti ciò in prova che i due citati alienisti non hanno un chiaro concetto della psicosi in discorso (E. M.)].

[*Descrizione*]. — La psicosi amorale si manifesta ordinariamente presto (*b*). Gli individui presentano fin dall'infanzia un carattere e delle tendenze, che, a tutta prima, meravigliano e poi mettono i parenti nello scoraggiamento. Sono

(*a*) Cfr. Gauster, *Wiener Klin.*, 1877. — Tiling, *Vortrag*, in d. Ges. prakt. Aerzte, Riga 1891.

(*b*) [Studiando la psicologia dei fanciulli, Lombroso e Marro (*Arch. Psich. Sc. pen. antr. crim.*, 1883) hanno preteso trovarvi i germi della pazzia morale e del delitto, non accorgendosi che scambiavano con la deficienza del *sentimento* morale l'ancora imperfetto sviluppo della *nozione* morale e della sua applicazione alla pratica della vita: sviluppo, che è un acquisto graduato tanto nella specie quanto nell'individuo. I fanciulli veramente affetti da pervertimento morale per degenerazione si fanno segnalare, anch'essi, ben presto fra i loro coetanei. Veggansi: Drill, I giovani delinquenti (in russo), Mosca 1888. — Magnan, De l'enfance des criminels, ecc.; *Actes du II Congrès d'anthr. crim.*, Lyon 1890. — Reyes, État mental chez les enfants dégénérés, Parigi 1890. — De Sarlo, I piccoli candidati alla delinquenza; *Arch. Psich.*, 1891. — Diethrich, L'enfant criminel-né; *Intern. Centr. f. Nervenk.*, 1894 (Questo ultimo lavoro, per quanto imperfetto, è fatto nella Clinica di Torino). — Galton, Abnormal children, *Monthly Summary*, Elmira S. U., marzo 1894 (E. Morselli)].

capricciosi, egoisti all'eccesso. Non dimostrano pei loro genitori alcun'affezione; sono cattivi verso i loro fratelli e le loro sorelle, crudeli coi compagni e cogli animali. Pinel parla di un bambino, che gettò nell'acqua uno dei suoi piccoli amici in seguito ad una futile discussione avuta con lui e lo sospinse dal punto a cui l'infelice si aggrappava; io ebbi in esame un ragazzo, che si era preso il piacere di chiudere in un armadio, per soffocarla, una bambina di pochi anni minore di età (*a*). Questi bambini dissimulano e mentono; si inventano delle storie fantastiche che hanno del romanzesco e nelle quali d'ordinario essi rappresentano una parte. Calunniano volentieri le persone, che hanno occasione di avvicinarli. Simulano malattie: parlano spesso di vendetta e di morte; talvolta, per rendersi interessanti, fanno dei preparativi di suicidio che riescono pressochè sempre inutili. A scuola sono indisciplinati, turbolenti, passano il loro tempo nel fare ai loro compagni e maestri degli scherzi di cattivo genere. Imparano male o poco, pur dando prova di una certa disposizione allo studio. Vanitosi all'eccesso, non sopportano nè contraddizioni nè repressioni. Incapaci a sottomettersi a qualunque regola o disciplina, si fanno cacciare dalle scuole dove si mettono; dopo aver errato di collegio in collegio finiscono nelle case di correzione, ove le famiglie, dopo molti e vani tentativi, sono costretti a rinchiuderli. Di fatti, il più delle volte, si impone la necessità di sottoporli ad una sorveglianza rigorosa, ad una disciplina severa, senza le quali si dànno agli atti più sconvenevoli. [Ed è soprattutto all'epoca della pubertà che si rende palese il pervertimento affettivo, che talvolta scoppia più o meno impreveduto, sì da dar luogo alla diagnosi di una psicosi ebefrenica. Sono questi gli *eboidi* di Kahlbaum, cui non manca nessuna delle perversioni morali (E. M.)]. Sono dediti alla masturbazione, e, se non si sta attenti, corrompono i compagni, coi quali sono a contatto; si compiacciono di sfuggire alla vigilanza della famiglia per andar vagabondando, [(" fughe dal domicilio paterno ")]; si impongono falsi nomi; fanno compere inconsiderate e commettono dei furti. Pare si emendino per l'influenza di un regime più o meno rigoroso, al quale si finisce col sottometterli; ma ben presto la natura riprende il suo predominio, e ridiventano viziosi, cattivi, millantatori, bugiardi, insocievoli come pel passato.

Arrivati all'età adulta, la loro vita è costituita da una sequela di atti eccentrici, bizzarri, riprovevoli. Stringono relazioni vergognose, si compiacciono specialmente della compagnia degli spostati ed eccentrici come loro. Si dànno con frenesia ad eccessi di ogni specie; giuoco, alcool, Venere. Incapaci di ogni occupazione seria e duratura, stancano le loro famiglie colle continue lamentele, vogliono danaro, e, per ottenerlo, ricorrono anche alla violenza. Quando hanno dilapidato ogni loro sostanza, si dànno alle occupazioni meno adatte alla loro origine ed al loro stato sociale; si inscrivono nelle compagnie teatrali; organizzano con soci, che non conoscono, delle combinazioni commerciali, che finiscono quasi inevitabilmente col fallimento; all'occorrenza si fanno mercanti ambulanti o vivono sulla prostituzione. Ma la loro instabilità mentale non permette loro di fermarsi, e, generalmente, sono incapaci di continuare

(*a*) [Un caso tipico di pazzia morale da me visto in fanciulla d'ottima condizione, cui nulla sarebbe mancato nell'ambiente domestico per lo sviluppo dei sentimenti, ma che era il frutto d'una unione degenerativa, fu poi descritto da Lombroso e Manfredi (*Giorn. R. Accad. med.*, Torino 1893, e *Rif. med.*, 1893). Altro caso ancora più straordinario, sebbene complicato da sindromi non inerenti strettamente al quadro clinico della pazzia morale, è quello del famigerato Sbr..... patricida, matricida e fratricida a soli quindici anni, illustrato da Tamburini, Seppilli e Guicciardi (*Rivista sperim. di Fren.*, 1883, 1887 e 1888) (E. M.)].

per molto tempo, tanto l'esercizio di una professione indecorosa, quanto quello di un mestiere onesto. Avanti tutto, essi hanno la smania dei cambiamenti; onde la loro vita vagabonda e randagia. Quando lo possono, intraprendono dei viaggi, nei quali incontrano spesso curiose e disastrose avventure (*a*). Se sono chiamati al servizio militare, vi si mostrano ribelli, indisciplinati, si attirano continuamente delle punizioni, vendono i loro oggetti di corredo, disertano, e spesso finiscono coll'essere soggetti al consiglio di guerra (*b*). [Nella condotta domestica si mostrano, nel più dei casi, privi di ogni affettività; nella condotta sociale, pur di soddisfare i loro appetiti grossolani ed istinti egoistici, sono assai spesso contrari ad ogni norma di giustizia, di pietà, di solidarietà. Se l'occasione si presenta, essi non si arretrano davanti al delitto, davanti ai crimini più raccapriccianti; e li commettono con indicibile sangue freddo, senza alcun pensiero del danno altrui, con una imprevidenza spesso fatua e cieca, senza alcun rimorso poi, senza ribrezzo della pena, sia pure quella di morte. Anestetici nel morale, essi sono pure analgesici nel fisico; e vanno stupidamente o, come dir si voglia, cinicamente incontro alla riprovazione generale, ai castighi più gravi, all'ergastolo ed alla stessa morte. Evidentemente noi troviamo tutti questi caratteri nei grandi criminali, i quali pertanto fra la numerosa classe dei delinquenti costituiscono un gruppo particolare studiato a fondo e ben caratterizzato dalla scuola italiana (E. M.)].

Nella donna, pelle condizioni sociali diverse da quelle dell'uomo, la pazzia morale si manifesta in modo anche diverso. Ragazza, essa è originale e fantastica, si lascia trascinare in intrighi amorosi, nei quali compromette la sua riputazione ed il suo onore. Sposa, essa è pel marito un vero flagello: civetta e spensierata, è, nello stesso tempo, scorretta e negligente nel modo di contenersi; non ha nessun affetto, prende in orrore la maternità " che la deforma „ tortura suo marito coi suoi rimproveri, colle sue lamentele, o colle sue invettive. Madre, si occupa poco dei suoi bambini, che trascura per andare in cerca di avventure. Il suo squilibrio mentale finisce poi per condurla alla separazione od al divorzio, fine abituale di tali donne maritate. [Ed ecco perchè io ho sostenuto, con molta meraviglia di chi mi sa positivista e di idee largamente liberali, che il divorzio è una selezione al rovescio, cioè contraria ai veri progressi civili, residuo di costumi barbarici e vantaggiosa solo ai degenerati. L'uomo tende, per evoluzione naturale del matrimonio, alla monogamia (E. M.)].

Le pazze morali trovano spesso delle buone ragioni per giustificare la loro condotta. Quando qualche atto eccentrico commesso in pubblico, un accesso di eccitazione maniaca passeggero o, come accade più di sovente, un accesso di delirio alcoolico le ha condotte al manicomio, espongono con tutta naturalezza gli atti assurdi della loro vita disordinata. È raro che invochino circostanze attenuanti. Vanitose sempre, non si rassegnano al torto, raccontano il loro modo di vivere a modo loro, ed, il più spesso, insufficientemente coscienti dei fatti biasimevoli, sostituiscono alla loro storia vera una narrazione più o meno bene costrutta, nella quale il sentimento esagerato trova

(*a*) Ch. Tissiè, Les aliénés voyageurs; *Essai médico-psychol.*, Parigi 1889.

(*b*) [Sono, infatti, per lo più costoro i protagonisti di quei drammi terribili delle caserme, che da qualche anno in qua si succedono, massime in Italia, con istrana somiglianza di particolari. In alcuni agisce l'epilessia (larvata), in altri l'alcoolismo: ma quasi tutti, Misdea, Seghetti, Torres, Radice, ecc., portavano stimmate numerose di degenerazione (Cfr. Lombroso e Bianchi, Sul Misdea, in *Arch. Psich. Sc. pen.*, 1886. — Venturi, La famiglia Misdea, ivi, 1889. — Morselli E., Il misdeismo nell'esercito; *Scuola positiva*, Napoli 1894. — Podreider, La responsabilità mentale di un fucilato (Radice), Milano 1894) (E. M.)].

mezzo di far fare buona figura alla loro personalità. Così possono trarre in inganno chi non ne sia prevenuto, e passare quasi per vittime di un arresto illegittimo ed arbitrario.

[Del resto, pazzi ragionanti e pazzi morali sono la vera peste dei Manicomii e delle Case di salute, perchè creano sempre fastidii e dispiaceri ai poveri alienisti che hanno la mala ventura di ospitarne qualcuno. Il peggio è che la apparente logicità e l'esuberante sottigliezza del discorso, la simulata calma del contegno quando manchino le occasioni al mal fare, la mancanza di un vero delirio, di allucinazioni e di ogni specie di fisico disturbo, dànno a questi alienati pericolosissimi l'aspetto ingannevole di persone sane di mente, così che moltissimi profani, o per interesse o per male intesa pietà, sono pronti a impedirne il ricovero o a reclamarne la liberazione. Per fortuna, un buon numero di costoro, anzichè entrare negli Asili, finiscono nelle Carceri e nei Bagni penali! (E. M.)].

Bibliografia. — [La letteratura di questo argomento è ricchissima, e vi figura con grande onore la psichiatria italiana. Una gran parte della produzione antropologico-criminale andrebbe posta qui: ma mi limiterò ad indicare i lavori strettamente nosografici e le opere capitali o sintetiche della nuova scuola (E. M.)].

Sulla pazzia morale, si veggano da prima Pritchard, Trélat, Falret, Marc, loc. cit. — [Boileau de Castelnau, Les maladies du sens moral; *Ann. méd.-psych.*, 1860]. — Krafft-Ebing, Die Lehre von moral. Wahnsinn, 1871. — Dagonet, Folie morale, 1878. — Mendel, Die moralische Wahnsinn, 1876. — Gauster M., Ueb. mor. Irresein vom Standpunkte d. prakt. Aerztes; *Wiener Klinik*, aprile 1877. — Savage, Moral Insanity; *Journ. ment. Sc.*, 1881. — Hollaender, Zur Lehre von der “ moral Insanity „, 1882. — [Hack Tuke, Moral or emotional Insanity; *Journ. ment. Sc.*, luglio ed ottobre 1885; ed art. “ M. I. „, in *Dict. of psychol. Med.*, Londra 1892, II, 8. — Mendel, art. “ M. I. „, in *Real-Encyclopaedie*, 1883. — Schloss, Ueb. d. Lehre d. moral. Irresein; *Jahrb. f. Psych.*, Vienna 1888, VIII, fasc. 3°. — Jelgersma, Insania moralis, in *Psychiadrische Bladen*, 1891, IX parte, fasc. 3°, e *Soc. med. e natur. ted.*, Strasburgo, 19 giugno 1891. — Pritchard a. Symonds, Jurispr., in espec. relation to ment. sc., with chapters on moral insanity, Londra 1891, un vol. — Greidenberg, Casi clinici. in *Wiestwick psych.*, IX, 1892, 1°, cit. in *Allg. Zeit. f. Psych.*, XLIX, suppl. 330. — Benedicht, art. “ Moral. Ins. „, in *Diagnostisches Lexikon*, Vienna 1893. — Bleuler, Ueb. moral. Idiotie; *Viertelj. f. gericht. Med.*, 1893.

Fra gli Autori italiani, oltre ai citati in nota, e a] Bonvecchiato, Il senso morale e la pazzia morale, Venezia 1883, [citato anche dal Ballet ed opera veramente notevole per profondità di critica, si consultino i seguenti: — Livi, Frenol. forense, 1873, e *Riv. sper. di Fren.*, 1876. — Tamassia, Prefaz. al libro di Maudsley: La responsabilità nelle mal. mentali, Milano 1875. — Palmerini, Bonfigli, Tamassia, Polemica assai importante, in *Riv. Fren.*, 1877, fasc. 3° e 4°. — Cacopardo, in *Osservatore medico*, Palermo 1875 e 1878; *Arch. ital. mal. nervose*, 1876-81. — Bonfigli, Ulteriori considerazioni s. p. m.; *Riv. Fren.*, 1879. — Congressi freniatrici Italiani, Reggio 1880; Voghera 1883; Siena 1886, Rendic. e Atti, suppl. *Arch. Ital. mal. nervose*. — Salemi-Pace, in *Pisani*, 1881. — Brancaleone, ivi, 1882. — Bini, Della p. m. in relazione alle esigenze sociali ed umanitarie; *Arch. Malattie nerv.*, 1881, p. 324. — Funajoli, ivi, 1884 (errore di diagnosi). — Lombroso e Morselli, Epilessia larvata, pazzia morale; *Arch. Psich. Sc. pen.*, VI, 1885. — Lombroso, Identità della epilessia con la p. m. e delinquenza congenita, ivi, 1885; e *Neurolog. Centrl.*, IV, p. 197: Le varietà della f. m. e dell'epilessia, *Archivio Psich.*, 1887. — Gonzales e Verga G. B., Brunati, Venanzio, Casi clinici; *Arch. ital. mal. nerv.*, 1887, pp. 77, 109, 381. — Verga G. B., ivi, 1888. — Sighicelli e Tambroni, P. m. ed epilessia; *Riv. Fren.*, 1887, parte medico-legale, p. 249. — D'Abundo, *Arch. Psich. Sc. pen.*, 1889, 1° fasc. — Andriani, Degenerazione morale, *La Psichiatria*, 1889. — Ottolenghi, Campo visivo di p. m.; *Arch. Psich. Sc. pen.*, 1890. — Dotto, *Il Pisani*, 1893. — Bernardini e Petrazzani, P. m. e simulazione; *Rivista di Fren.*, 1893. — De Sanctis, Campo visivo; *Riv. di Fren.*, 1894, e: Isterismo e p. m., *Boll. Soc. Lancisiana*, Roma, XIV, 1895.

Sulla psicosi criminale, e sulla psicologia ed antropologia del delinquente, le opere fondamentali sono: Lauvergne, Les forçats, Parigi 1841. — Despine P., Psychologie naturelle, già cit., specialmente il II° e III° volume. — Thomson, Psychology of Criminals; *Journ. of ment. Science*, ott. 1870. — Despine, État psych. d. criminels; *Ann. méd. psychol.*, 1872. — Krafft-Ebing, Grundzüge d. criminal-Psychologie, I^a ediz., Erlangen 1872. — Lombroso, tutte le opere del nostro celebre capo-scuola, a cominciare dal 1872 ininterrottamente sino ad oggi. — Virgilio G., Saggio sulla natura morbosa del delitto; *Riv. di Disc. carcerarie*, 1874. — Morselli E., Il suicidio nei delinquenti; *Riv. di*

Fren., 1875, e *Arch. ital. mal. nerv.*, 1876. — Ferri E., Marro, Riccardi P., opere già citate prima. — Garofalo, Criminologia, Iª ediz., Torino 1885; IIª ediz., 1890. — Colaianni N., La Sociologia criminale, due vol., Catania 1889 (è un lavoro importante di critica). — Lombroso e Ferrero G., La donna delinquente, Torino, Roux, 1893. — Sighele S., La folla delinquente, Torino 1891. — Congressi internaz. di Antropologia criminale (Roma 1885; Parigi 1889; Bruxelles 1893), *Actes*, 1887, 1890, 1894. — Congr. med. internaz., Roma 1895, vol. III, parte prima. — Buone opere straniere, in gran parte di pura compilazione sugli scritti e sulle scoperte della scuola italiana, sono fra le più recenti: Corre, Les Criminels, Parigi 1889. — Havelock Ellis, The criminal Man, Londra 1890. — Baer, Der Verbrecher in anthropol. Beziehung, Berlino 1893. — Kurella, Naturgeschichte d. Verbrechens, Stuttgart 1893. — Laurent, Les habitués des Prisons, Parigi-Lione 1893. — Corre, Ethnographie criminelle, Parigi, Reinwald, 1895 (E. Morselli)].

III. [Paranoia originaria semplice espansiva ed eccentrica, e stati paranoici e paranoidi in fase aggressiva (*a*) **(E. M.)].** — I " perseguitati persecutori „ [della psichiatria francese sono tutti dei paranoici originari o tardivi, oppure dei degenerati paranoidi, affetti cioè da *paranoia sine delirio*, che si trovano per varie ragioni in una fase aggressiva od eccentrica di reazione (E. M.)]. Essi costituiscono un gruppo affatto speciale di " perseguitati „ [o, meglio, di individui anomali, al quale dà una fisonomia caratteristica la loro maniera particolare di condursi in conformità del delirio o del disturbo ideativo, che nasce sul fondo quasi sempre anomalo della loro personalità.

Questo gruppo, come figura nel presente *Trattato*, è creazione di alcuni psichiatri (Falret, Magnan) più per considerazioni di ordine medico-forense o sociologico, che per ragioni di indole strettamente clinica. Invero, ciò che li caratterizza è la loro condotta di fronte ai rapporti sociali di convivenza; ma l'essere o il diventare " persecutori „ costituisce un sintomo o una sindrome, non una forma nosografica di psicosi, come parrebbe dalla posizione che loro si accorda nel presente *Trattato*. Il gruppo dei " perseguitati persecutori „ artificiosamente stabilito, comprende alienati ed anomali con delirî paranoici differenti, alcuni anzi senza vero e proprio delirio. Ma fra la grandissima maggioranza di essi corrono due vincoli di affinità: l'origine primordiale del disturbo ideativo; e l'indole costituzionale o degenerativa dell'anomalia psichica. In sostanza (come riconosce lo stesso Ballet più innanzi) essi appartengono, *quasi tutti*, alla grande categoria nosologica delle *Parafrenie* ed all'ordine delle paranoie originarie, più propriamente al sott'ordine delle forme non sistematiche nè evolutive, il quale dev'essere distinto, più che comunemente non sia, dalla paranoia originaria sistematica o *malattia del Sander*, di cui sarà discorso nel penultimo capitolo (*b*) (E. Morselli)].

I " perseguitati persecutori „ [guardati, adunque, nel loro insieme e nel riguardo estrinseco della condotta (E. M.)] si differenziano da quelli descritti da Lasègue per varî caratteri. I perseguitati di Lasègue non presentano tutte le stimmate della degenerazione: specialmente quelli affetti da delirio sistematico di persecuzione [o da paranoia tardiva] ne sono generalmente immuni;

(*a*) Sinonimia: *Perseguitati persecutori*, *Persecutori ragionanti* (Ballet nel testo, e altri alienisti francesi); *Paranoia ascensa*, Kahlbaum, in parte; *Paranoia persecutionis et persecutoria*, Arndt; *Paranoia expansiva*, Krafft-Ebing e Kraepelin, in gran parte; *Mattoidi* in gen. e *Mattoidi persecutori* in isp., Lombroso (E. M.).

(*b*) Ad ogni buon conto, io ho creduto poter fare a questo capitolo del libro sulle *Psicosi* del Ballet una modificazione di nomenclatura. I suoi termini quasi puramente medico-forensi (*perseguitati persecutori*, *litiganti*, *politici*, ecc.) vennero sostituiti con le designazioni nosografiche, che mi parvero meglio corrispondere ai singoli quadri sintomatologici da lui compilati. Tali designazioni sono quelle che io seguo da più anni nel mio insegnamento clinico, e cui ho cercato di porre a riscontro i sinonimi usati dai più autorevoli ed originali alienisti nostrani e stranieri (E. M.).

[se hanno eredità, essa non è così intensa da dar sempre luogo a costituzioni psichiche degenerative (E. M.)]. All'opposto i perseguitati persecutori *sono* [*quasi*] *sempre dei degenerati:* in essi troviamo qualcuna delle anomalie fisiche o qualcuno dei sintomi intercorrenti già descritti, e, quando quelle o questi manchino, ci è pur sempre dato riscontrare lo squilibrio mentale e affettivo che caratterizza lo stato mentale della maggior parte dei degenerati. I perseguitati di Lasègue vanno sempre soggetti ad *allucinazioni:* i perseguitati persecutori *non sono* [*quasi*] *mai allucinati*, e se a caso lo sono, ciò succede in via affatto secondaria ed eccezionale, [salvo nel gruppo dei mistici, che l'Autore descrive più innanzi come varietà di questo gruppo]. Il delirio di questi ammalati (se delirio può chiamarsi [sempre] il disturbo mentale da cui sono affetti), non rappresenta che l'esagerazione patologica, che si manifesta ad una certa epoca della vita, delle disposizioni cerebrali viziate ond'è costituito il fondo del loro carattere: [il che appunto giustifica la designazione di " paranoici originarii „. E le disposizioni psicopatiche fondamentali sono quelle due, che noi troviamo generalmente nelle paranoie, qualunque siasi la loro indole ed evoluzione, e qualunque siasi il grado di sistemazione e di consolidamento raggiunto dalla idea delirante (dal *Wahn* dei Tedeschi); e cioè: 1° il concetto che l'ambiente, sociale o fisico, sia ostile al malato, il quale per ciò atteggia il suo animo a *diffidenza* perchè teme o sospetta o crede che si conculchino i suoi interessi (germe del *delirio di persecuzione*); 2° il concetto che la propria personalità sia elevata, meritoria, più o meno superiore alla media comune: onde la *vanità* con cui il malato riguarda sè stesso; onde l'egoismo con cui difende i proprii interessi (germe del *delirio di grandezza*). Nelle forme paranoiche a sviluppo sistematico questi due elementi si manifestano giganti, e, o prima o poi, si combinano e si alimentano a vicenda: — nelle forme paranoiche che non giungono a sistemazione, i due elementi psicopatici restano scoloriti, poco evoluti, forse in causa delle scarse energie mentali preesistenti, e il loro coordinamento, che però sino ad un certo punto *non manca mai*, sembra abortire e non dar luogo ad un vero delirio (E. Morselli)].

Questi " perseguitati „ non hanno delle idee deliranti conclamate, nello stretto senso della parola; sono, adunque, *pazzi ragionanti* o *pazzi lucidi*, [o paranoici senza delirio propriamente detto, o paranoidi: e molti non sono " matti „ ma, come direbbe Lombroso, " mattoidi „ (E. M.). Qualche volta li si chiamano *persecutori ragionanti;* e questa denominazione pare [ad alcuni alienisti francesi] quella che loro meglio conviene: di fatti, sono più persecutori che perseguitati. Ciò che predomina in essi si è la tendenza a rivendicare dei diritti immaginari, e ad ottenere la riparazione di torti, dei quali si credono vittime sicure. Più che le loro idee, i loro atti hanno carattere patologico. [Ciò che li rivela è, insomma, il disordine estrinseco della condotta, sia sociale, sia domestica; ma la reazione eccentrica, aggressiva, cui si lasciano trascinare, costituisce, nella sfera ideo-motoria centrifuga, un semplice equivalente di quell'iperbolica elaborazione di elementi verbo-motori, o endofasici, che caratterizza la paranoia sistematica tardiva. Nessun gruppo di alienati mostra, più chiaramente di questo, l'importanza del criterio sociologico per la definizione e diagnosi della pazzia, quale è stato introdotto nella Psichiatria dalla scuola italiana (*a*) (E. Morselli)].

(*a*) Veggasi in Morselli, Man. di Semejot., vol. II, pag. 589, e: Sui criterii ejettivi per apprezzare la condotta dei pazzi; *Giorn. di Med. legale*, 1894. Cfr. Lombroso, op. varie; Tonnini, I fattori sociali della pazzia; *Atti Congr. Fren.* Roma 1894; Bonfigli Cl., Prelezione al corso di Psich., Roma 1894.

A Giulio Falret (1) spetta il merito di aver messo in chiaro i caratteri speciali che presentano questi ammalati: e il suo allievo Pottier (2) ne fece una buona descrizione. [Ad ogni modo, sono specialmente gli psichiatri medico-legisti che, in vista delle tendenze ed azioni antisociali così frequenti e manifeste nei paranoici originari di cui qui si parla, hanno contribuito a crearne il gruppo artificioso dei " persecutori „. Ma la persecuzione attiva è solo una sindrome. Infatti, anche i paranoici tardivi, dei quali fu discorso in altro capitolo, possono finire con figurare in questo gruppo, solo che dallo stato di relativa passività, con cui ruminano i loro concetti deliranti e le loro allucinazioni, essi entrino in un periodo di reazione. In ogni caso, vi è ostilità dichiarata fra il paranoico perseguitato od ambizioso, e il suo ambiente domestico e sociale. Che tale ostilità sia mantenuta nei limiti di una lotta silenziosa, o scoppii in forma di vera aggressione dal lato del paziente, ciò dipende in massima parte dalle condizioni individuali: sesso, tempra psichica, educazione, condizione sociale, contenuto del delirio, ipereccitabilità dei centri psicomotori, ecc. Vi è un ponte di passaggio fra la paranoia tardiva con delirio passivo di persecuzione e la originaria con delirio attivo; ed è costituito da alcuni fra' processomani, politicomani, teomani, specialmente poi dai paranoici genealogici o famigliali di cui sarà discorso nei paragrafi seguenti (E. Morselli)].

[*Costituzione psichica generale a tutto il gruppo dei paranoici espansivi e paranoidi aggressivi*]. — Gli alienati dei quali qui discorriamo, si segnalano ordinariamente fino dalla fanciullezza, per una deplorevole tendenza alla controversia, alla persecuzione, ai cavilli. Si compiacciono di posare a vittime: molto vanitosi, molto egoisti e pieni di sè stessi, raramente sono soddisfatti di quanto la famiglia e gli amici fanno per loro; i fatti più insignificanti sono causa di querimonie e di reclami affatto irrazionali. Così crescono di età ed arrivano all'adolescenza od all'età adulta, dopo essersi alienate tutte le simpatie; dopo avere vissuto in disaccordo coi loro genitori, coi fratelli, coi compagni. Veri flagelli delle compagnie nelle quali si trovano, sempre esigenti e mai soddisfatti, spandono attorno a loro soltanto la discordia. Capiti un fatto che li impressioni più vivamente, una punizione che venga loro inflitta, un processo perduto, una impresa fallita; ed eccoli già ad orientare attorno a quel fatto tutte le loro tendenze deliranti. Si credono vittime di un'ingiustizia o di un furto; e, da questo momento, diventano dei veri persecutori, molestando con grandissima pertinacia le persone che credono autrici del torto subìto. Concentrano tutte le loro facoltà, talvolta molto sviluppate, la loro memoria vivissima, la loro immaginazione, sovente feconda, la loro facilità di elocuzione frequentemente grandissima, nell'acuire ed esprimere la loro passione morbosa (*a*). Intentano processi su processi, mandano reclami alle Autorità, protestano nelle riunioni pubbliche o con manifesti contro le persone, delle quali si credono vittime. Vanitosi all'eccesso, posano come campioni della giustizia e del diritto violati nella loro persona; ma ciò non li rattiene, ignari come sono della vera nozione del bene e del male, dal com-

(1) J. Falret, *Société médico-psychologique*, 26 febbraio 1878.

(2) P. Pottier, Étude sur les aliénés persécuteurs; Thèse de Paris, 1886.

(*a*) [Nell'aspetto, nel contegno, nella condotta, costoro si presentano all'attenzione generale come degli " esaltati „: di guisa che qualche alienista (Kahlbaum, ad esempio, con la sua *paranoia ascensa*) inclinerebbe a considerare questa psicosi persecutorio-attiva e l'ambiziosa come le forme maniache della paranoia originaria (*maniakalische Form d. originäre Verrücktheit*), laddove le forme melancoliche sarebbero rappresentate dalle due varietà ipocondriaca e persecutorio-passiva (E. M.)].

mettere atti indelicati e reprensibili. Convinti nel loro sconfinato orgoglio che tutti hanno fissato gli occhi su di loro, non sanno darsi ragione del perchè poi tutti non si associno loro per rivendicarli: scrivono opuscoli, talvolta libri; cercano di mandare alle stampe i loro reclami e le loro diatribe; [ed ecco perchè sono anche designati dal Lombroso come " grafomani „, mentre la loro mania di scrivere e stampare è un puro sintomo di un disordine mentale ben più vasto (E. M.)]. Se per caso coloro che sono perseguitati da essi fanno qualche concessione, codesti paranoici, lungi dal calmarsi, diventano più accaniti, più ostinati che mai nel volersi rivendicare.

Siccome non si osservano nè delirio manifesto nè allucinazioni, che attirino l'attenzione delle persone non prevenute sul loro stato mentale, essi riescono facilmente ad ingannare ed a farsi credere vittime innocenti. E così possono far partecipare alle loro idee morbose una sorella, un fratello, il marito, specialmente se questi ultimi sono di intelligenza corta e nella vita famigliare subiscono l'ascendente dell'ammalato. In tal modo si costituisce una varietà di *pazzia a due*, sulla quale Lasègue e Falret (1) richiamarono l'attenzione.

Da poco abbiamo visto un'ammalata, che da parecchi anni perseguita uno dei suoi fratelli, dal quale crede essere stata ingannata in una divisione di famiglia. Quando è lasciata in libertà, si ostina a recarsi ogni giorno avanti alla casa del fratello, per guardarlo in faccia, dice lei, affinchè comprenda di aver commesso una cattiva azione. È sempre accompagnata da suo marito, debole di mente, al quale ha comunicato il suo rancore ed il suo odio pazzesco. Quest'uomo non vuole credere che sua moglie possa essere ritenuta ammalata, benchè noi gliela abbiamo fatto vedere in pieno accesso di esaltazione; e ci accusa di sequestro arbitrario. Questi strani due esseri hanno, come spesso capita, dilapidata tutta la loro piccola fortuna in rivendicazioni ostinate ed irragionevoli.

[Generalmente questi casi di pazzia indotta, a due, a tre, a quattro membri di una stessa famiglia, si osservano nel sesso femminile. Su 113 osservazioni raccolte da Jakowenko (*a*) e riguardanti 254 individui, 27 volte trattavasi di sorelle, 23 volte di madre e figlia, 20 di marito e moglie.

Però fa d'uopo distinguere con Jäger e Seppilli due varietà di pazzie indotte. Nella prima, la pazzia insorta in un individuo si trasmette o, per meglio dire, si sviluppa nell'altro o negli altri per la impressione penosa, per lo *shock* psichico che questo riceve: nella seconda, per contrario, che è la forma genuina, le idee deliranti sorgono contemporaneamente e nella stessa qualità in due soggetti (*b*); oppure si sviluppano dapprima in uno, poi si comunicano nella loro integrità all'altro od agli altri sotto l'influenza di speciali condizioni. In ambedue i casi

---

(1) Lasègue e J. Falret, La folie à deux ou folie communiquée, negli *Arch. gén. de Médecine*, settembre 1877. [Su queste " pazzie indotte „ vi è già una ricchissima bibliografia. Limitandomi prima alla forma indotta famigliale ed ai lavori italiani, indico: Verga A., Un caso di pazzia a quattro; *Arch. ital. Mal. nerv.*, 1884; Venturi, L'allucinazione a due e la pazzia a due; *Il Manic. mod.*, 1886; Funajoli (Caso di follia a quattro); *Arch. Mal. nerv.*, 1887; Roscioli (Caso di follia a quattro); *Manic. mod.*, 1888; Seppilli, La pazzia indotta; *Riv. sper. di Fren.*, 1890 (ottima rassegna critica, con bibl.); Saccozzi, in *Annali di Freniatria*, 1891. — Al di fuori della cerchia di famiglia sono notevoli i casi seguenti, da cui è esclusa ogni caratteristica isterica o istero-demonopatica: Cionini, Tamburini (Celebre causa del " Libro del comando „ in Pavullo); *Riv. di Fren.*, 1892; Tonnini (Altro notissimo caso avvenuto in Mezzojuso); *Riv. Villa di Salute*, 1894. — Fra gli scrittori stranieri più recenti meritano essere segnalati: Arnaud, *Ann. médico-psych.*, maggio-giugno 1893; Boeck, *Bulletin soc. Méd. ment. belgique*, dic. 1893; Marandon de Montyel, in *Gaz. des Hôpit.*, giugno-luglio 1894 (E. M.)].

(*a*) Jakowenko, Das inducirte Irresein; *Neurol. Centrbl.*, 1888, n. 12. Cfr. Wollenborg, in *Archiv für Psych.*, XX, 1888, fasc. 1°, e Saccozzi, loc. citato.

(*b*) I casi più stupefacienti sono quelli delle pazzie svolgentisi in gemelli, vissuti talvolta lontani l'uno dall'altro. Cfr. Ball, *Encéphale*, 1882; Marro, *Annali di Freniatria*, 1893 (E. M.).

esiste sempre un individuo inducente ed un individuo o più individui indotti; ma solo nella forma genuina testè accennata l'elemento inducente esercita una parte attiva, consapevole, nella trasmissione della psicosi. Il contenuto di questa è, nel più delle volte, abbastanza logico e verosimile (per esempio, il diritto ad un'eredità, una nuova genealogia di famiglia, ecc.); ma l'indole e l'evoluzione ne sono addirittura paranoiche: la comunicazione del delirio non avviene d'improvviso o per *shock*, ma in modo subacuto o cronico. Riguardo poi al modo di comunicazione della pazzia, gli autori sono oggi d'accordo nel differenziarne tre varietà: 1ª la *indotta* o *comunicata* propriamente detta, che richiede sempre una forte predisposizione ereditaria negli individui passivi; 2ª la *simultanea*, in cui il contagio vero manca, ma esiste predisposizione in ambi gli elementi, e la simultaneità di sviluppo della psicosi, per lo più un delirio di persecuzione, è dovuta specialmente alla convivenza; e 3ª la *imposta*, che non è più una vera pazzia, ma l'errore di uno spirito debole, fortemente impressionato e credulo. Quest'ultima forma costituisce il passaggio fra le pazzie indotte famigliali e quelle collettive, designate anche come " psicosi epidemiche „ (E. Morselli)].

Il paranoico persecutore trova [infatti] seguaci e partigiani non soltanto nella sua famiglia. Siccome il suo delirio, [o quello che più correttamente si dovrebbe dire " sistema di illusioni psichiche „ (E. M.)], ha talvolta per punto di partenza un fatto accertato, dal quale, con logica apparentemente rigorosa, ei sa dedurre la ragione del suo modo di comportarsi, e non ristà da menzogne o da scaltrezze per legittimarlo, così arriva ad interessare anche certe persone, le quali vedono le cose un po' superficialmente; e trova nel pubblico e nella stampa dei difensori, che con troppa facilità credono di vedere delle vittime ove non sono che ammalati.

[Questi casi di " contagio morale „ rientrano, soprattutto quando si tratta di delirii mistici che sono di più agevole comunicazione, nel grande e svariato gruppo delle *psicosi epidemiche* (*a*). Nei casi più lievi e semplici il contagio si limita a trasmettere dall'uno all'altro individuo uno stato di credenza: ne nascono le sètte di ogni specie, siano esse religiose, siano politiche, siano anche scientifico-filosofiche. In un grado più avanzato il forte colorito emotivo della credenza comincia a dare origine a perturbamenti, o nella sfera percettiva sotto forma di illusioni e pur anco di allucinazioni, o in quella volitiva dove si svolgono impulsi ad atti di reazione, di propaganda violenta, di rappresaglie fanatiche, ecc. Nei gradi ancor più inoltrati aumenta la indole patologica dei fenomeni: all'eccitamento psichico comunicato si congiungono disturbi mimetici di scarica convulsiva dai centri psicomotorii, e si producono così quelle forme gravissime di pazzie coreiche, isteroidi, istero-epilettiche, di cui la storia ci ricorda numerosi esempi, e dove la ragione prima va cercata solo in parte nella predisposizione ereditaria dei pazienti, ma quasi soltanto in un insieme complesso di circostanze mentali collettive (*b*).

(*a*) L'opera fondamentale su questo importantissimo e curioso capitolo della Psichiatria sociologica, è quella celebre del Calmeil, già citata. Si consultino fra gli italiani: Sergi, Psicosi epidemica, nella mia *Riv. di Filos. scient.*, 1889, VIII, 151; Lombroso e Laschi, Il Delitto politico, ecc., 1890; Sighele S., La folla delinquente, Torino, ivi, 1892; La coppia criminale, ivi, 1892; Ferri, L'omicidio-suicidio, IIª ediz., ivi. — Per le isteropatie comunicate od epidemiche veggasi la nota seg. (E. M.).

(*b*) Le epidemie di pazzia religiosa, con miscela di fenomeni isterici ed isteroidi, non sono mancate durante gli ultimi anni anche in Italia. Oltre a quella celebre di Morzines, avvenuta in Savoia quando questa era ancora unita al Piemonte, e che si troverà studiata da varii alienisti francesi (in *Annales méd.-psychologiques*, anni 1856-58), sono a ricordare le isteropatie collettive scoppiate

Quale sia la natura intima di questo " contagio psichico „, fu reso evidente dalla dottrina odierna intorno alla *suggestione*. È inutile parlare di un'azione psichica a distanza, di una trasmissione di forza psichica nel senso fisico; cioè della conduzione d'una forma ancora ignota di energia, o di movimento, come ha preteso Rambosson (*a*) e come sosterrebbero alcuni proseliti della " suggestione mentale „ (*b*). Solo nel caso specialissimo di una pazzia svolgentesi in due esseri viventi lontano l'uno dall'altro (e non vi sarebbero che due o tre esempi di così detta *pazzia gemellare*, spiegabili d'altronde con ben altro meccanismo), si potrebbe pensare ad una *telepatia* o *telestesia*. Ma quando vi è, o vi è stato, sia pure fugacemente, un contatto, un rapporto di convivenza fra gli individui presi dal disordine mentale, la spiegazione più ovvia e logica è quella del *mimetismo sociale*. Già il Livi splendidamente dimostrava l'efficacia dell'imitazione nel produrre e diffondere le epidemie psicopatiche (*c*). È la imitazione, che acuendosi ed esagerandosi in date circostanze individuali e collettive, è la chiave di volta di tutta la meravigliosa fenomenologia della suggestione; onde acutamente il nostro Venturi trovava in questa la vera causa e, ad un tempo, il vero processo delle pazzie ed allucinazioni a due o a più pazienti (E. MORSELLI)].

[*Varietà*] — Le tendenze e le preoccupazioni patologiche possono variare nei " perseguitati [persecutori „]: perciò converrà fare delle suddivisioni in questo grande gruppo (1). [Il Ballet li divide, nel testo, in vista del motivo speciale delle loro persecuzioni attive, e ne fa cinque varietà: 1° *persecutori processanti;* 2° *politici* e *mistici;* 3° *ipocondriaci;* 4° *famigliali;* 5° *innamorati.* Codeste varietà corrispondono approssimativamente ad altrettante forme di paranoia, nel senso ampio con cui è intesa dalla scuola tedesca, tanto cioè della originaria, quanto dell'acquisita, poichè il pernio, l'elemento primo della psicosi, è l'anomalia o deviazione dell'ideazione. Sono specialmente taluni fra i persecutori mistici e famigliali del Ballet, che entrano nel quadro della paranoia originaria, come già fu detto, a mo' di gruppo aberrante di paranoici

---

a Verzegnis, nel Friuli (FRANZOLINI e CHIAP, in *Riv. di Freniatria*, 1876 e 1883); ad Ampezzo, nel Cadore (TEBALDI, in *Archivio ital. Malatt. nervose*, 1879); ad Alia, in Sicilia (SALEMI-PACE, *Il Pisani*, 1883); a Genzano, presso Roma (SOLFANELLI, op., 1886). Queste epidemie psico-neurosiche hanno durato, talvolta, per mesi ed anni, e non sono cessate se non mediante misure di polizia e soprattutto colla separazione assoluta dei malati (E. MORSELLI).

(*a*) Cfr. VIGNA C., Il contagio della pazzia; *Atti R. Ist. Veneto*, 1881; RAMBOSSON, Phénomènes nerveux, leur transmission, Parigi 1883.

(*b*) La " suggestione mentale „ o " trasmissione del pensiero a distanza „, sebbene per sè stessa non inverosimile, e neppure oppugnabile sotto l'aspetto scientifico, non fu ancora provata in via sperimentale sicura, e non ha in suo appoggio se non induzioni ipotetiche (affinità della " forza psichica „ con le altre forme dell'energia cosmica!). Alcuni anni or sono fece rumore la così detta " lettura del pensiero „; ma riguardo ad uno dei più famigerati fra questi divinatori, io dimostrai come si trattasse puramente di una squisita abilità nel percepire e riconoscere, anche ad occhi chiusi, i moti incoscienti delle persone. Cfr. MORSELLI, Pikmann e la presunta divinazione, in *Sperimentale*, 1890. Ne scrissero, nello stesso senso, Tamburini e Bonvecchiato (E. M.).

(*c*) Cfr. LIVI, in *Riv. sper. di Fren.*, 1876.

(1) Invitiamo a leggere le osservazioni concernenti alcuni persecutori celebri: *Buchoz-Hilton* nel TARDIEU: Étude médico-légale sur la folie, Parigi 1880, p. 312; l'abate *Paganel* nel LEGRAND DU SAULLE, Le Délire de persécution, Parigi 1873, p. 44; *Sandon* nel POTTIER, loco citato, pag. 73; [lo *Sbarbaro* in LOMBROSO, Tre Tribuni, 1887 e in: Delitto politico, già cit. Notevolissimo caso è quello del *Mangione* di Napoli, pure illustrato dal LOMBROSO (L'Uomo delinquente, vol. II, 1889). In un caso di persecuzione attiva e calunniosa contro quattro imaginari aggressori, il prof. L. BIANCHI ha potuto, con raro intuito clinico, dimostrare l'esistenza dell'isterismo. Veggasi la sua bellissima Memoria: Paolo Conte e la grande isteria; *La Psichiatria*, 1886 (E. M.)].

tardivi. Non ostante, io ho creduto opportuno conservare la classificazione empirica dell'alienista francese, soltanto designando le varietà dei suoi " persecutori „ col nome delle forme espansive, quasi sempre originarie, che, secondo me, si debbono ammettere nella nosografia psichiatrica attuale, ed aggiungendovi una forma da lui a torto dimenticata e molto bene illustrata in Italia, cioè la *paranoia inventoria*, detta anche " mattoidismo pseudo-scientifico „ (*a*) (E. Morselli)].

1° [Paranoia orig. Var. querelante o querelosa (E. M.) (*b*)]. È il professore Krafft-Ebing quegli che specialmente mise in rilievo i caratteri particolari a questa categoria di [paranoici] persecutori (1). Noi avevamo specialmente in vista questi ammalati nel compilare il quadro generale dei perseguitati persecutori. In primo luogo, costoro, a differenza dei paranoici tardivi o perseguitati deliranti cronici, non sono mai vaghi nelle loro accuse o querele, ma dominati spesso da un delirio bene specificato di persecuzione contro la riparazione di torti immaginarii, dei quali si credono vittima. Soltanto in via eccezionale arrivano alla violenza; ma ricorrono senza posa e colla massima insistenza ai magistrati ed ai tribunali per avere giustizia. Essi si querelano presso la Procura del Re, lanciano citazioni per mezzo di usciere, invocano in loro favore gli articoli del codice, che hanno sempre in mano e del quale sanno a mente capitoli interi. Lungi dall'arrendersi, si esasperano quando le loro istanze vengono respinte e perdono le liti. In questo caso dicono che furono vittime di falsi testimonii, di giudici corrotti. Capita talvolta che si uniscano ad altri perseguitati della stessa specie e fondino delle associazioni fantastiche; ad esempio " l'Unione degli oppressi per proteggere coloro che hanno subìto ingiustizie da parte dei tribunali „ (2). Una parte della loro vita passa in continui reclami, in pratiche giudiziarie irragionevoli, in viaggi penosi e costosi che assorbono la loro attività e le loro risorse. Riferisco un esempio che calza, [per quanto esso sia piuttosto il cenno sommario di una paranoia completa, che non la storia di un caso tipico di querulantomania (E. M.)].

Il signor X, di 30 anni, figlio di alienato, squilibrato di mente fin dalla gioventù, fantastico ed esaltato, da militare credeva che i suoi superiori lo odiassero, che si tentasse avvelenarlo; fu soggetto a parecchie condanne abbastanza gravi motivate da atti che ne rivelavano le tendenze e, fra gli altri, per aver perseguitato una giovanetta ed aver fatto un rapporto contro un ufficiale. Ricoverato per delirio di persecuzione con allucinazioni uditive passeggere, egli attribuisce tale misura ad « influenze occulte »; il tribunale, egli dice, vuole soffocare la sua voce, vuol disonorarlo. Rilasciato in libertà, fa una campagna molto attiva, stanca coi suoi reclami tutte le autorità, perseguita i medici, che hanno rilasciato dei certificati circa il suo stato, « prima, dice, di essere stato giudiziariamente condannato per un delitto, che pur

---

(*a*) Dei due concetti morbosi fondamentali in tutte le paranoie, è quello di *grandezza*, alimentato dall'originario sentimento di vanità, che predomina e dà colorito alla sintomatologia di queste forme psicosiche. Ecco perchè esse hanno, tutte, carattere *espansivo*. La sola forma, che parrebbe fare eccezione, è la *ipocondriaca* (di cui si parla a pag. 303): però, anche in essa, l'esagerato concetto dei proprii diritti di " *ammalato meritevole di ogni premura ed attenzione* „, costituisce un equivalente della megalomania esistente in tutte le altre categorie di persecutori (E. M.).

(*b*) [Sinonimia]: *Persecutori processanti* (processifs), [(Ballet, nel testo); *Processomani, Rabulisten, Processsüchtigen, Querulanten*, ted.; *Follia* o *Mania dei litiganti; Monomania del litigio* o *delle querele* o *dei cavilli; Querulanten-Wahnsinn, Irresein der Querulanten und Processkrämer*, Krafft-Ebing; *Querulantenwahn*, Kraepelin (E. M.)].

(1) Krafft-Ebing, in *Allg. Zeitsch. für Psychiatrie*, 1878, e: Lehrbuch der Psychiatrie, p. 460, Stuttgart 1890.

(2) Buchner, nei *Friedreich's Blätter*, 1870, p. 263.

essendo cominciato, non potè essere mandato a termine per circostanze indipendenti dalla volontà dei loro autori ». Perseguita un medico con lettere ingiuriose; vuole un permesso di uscita; alla sua firma fa seguire titoli immaginarii, quali « addetto al Ministero », « cittadino della Repubblica francese », oppure lettere disposte a quadrato: H. W. D. R. Manda petizioni alle Camere, « chiedendo risarcimento di un danno indebitamente arrecato », e lettere di protesta a giornali affinchè pubblichino la sua storia sotto il titolo di « Delitto senza nome »; invita i medici a pubbliche riunioni, nelle quali espone il suo arresto; e reclama l'assistenza dei giudici « per agire contro il medico ed il personale del manicomio » ed averne indennizzo (1).

Alcuni di questi ammalati non si limitano a reclamare ed a protestare, ma arrivano fino ad insultare pella via ed a colpire quelli che credono loro nemici (*a*). Ve ne hanno anche di quelli che non si peritano di uccidere, quale è il caso di *Nehring*, che uccise un giudice sul suo scanno nel pieno esercizio delle sue funzioni (2). Basta ciò per dimostrare come, in qualche caso, costituiscano un vero pericolo. [È stato asserito che molti di costoro siano affetti da tisi o da vizi cardiaci: il notissimo caso del tubercoloso, che uccise l'anno scorso la suora nell'ospedale di Santo Spirito in Roma, e che era evidentemente un degenerato querelante, apporterebbe conferma a tale asserzione. E come spesso avviene fra degenerati, colui ha poi trovato imitatori (E. M.)].

2° [Paranoia origin. Var. riformatrice (*b*)]. — In certi persecutori l'idea delirante, che ne determina la condotta e dirige gli atti, non è più, come nei precedenti, costituita da un'idea sempre insistente di un'ingiustizia subita, ma da un ideale apparentemente più elevato e più nobile; il desiderio di fare trionfare alcune loro dottrine o certe rivendicazioni sociali, di concorrere al trionfo della giustizia od alla salute della patria. L'immenso orgoglio, che si osserva nella maggior parte dei persecutori, è ancor più grande nei pazzi politici. Costoro esagerano straordinariamente la loro importanza, si credono destinati a riforme, si atteggiano a rivendicatori, e si lasciano trasportare dalla loro immaginazione esaltata fino a concepire i più vasti progetti. Possono limitarsi a studiare dei piani straordinarii di riorganizzazione sociale, che espongono con enfasi nei giornali, in scritti proprii o dalla tribuna nelle pubbliche riunioni. La vivacità della loro intelligenza, l'integrità delle loro facoltà sillogi-

(1) Questo caso fu studiato da Magnan e Sérieux, Sur les aliénés persécuteurs; *Revue générale des Sciences*, Parigi, dicembre 1891.

[Trova qui posto l'osservazione che il più gran numero di accuse per " sequestri arbitrari „ fatte agli alienisti, massime in Francia dove il sospetto verso i nostri colleghi sembra assai diffuso, riguarda o pazzi ragionanti, o paranoici affetti da forme scolorite di delirio, sia persecutorio, sia grandioso. Costoro, infatti, per una di quelle associazioni di delirii così frequenti a svolgersi nei degenerati, sol che una volta tocchino il Manicomio o siano sottoposti ad esame psichiatrico, vengono incolti dalla smania delle querele, e diventano paranoici querelanti persecutori dei più fastidiosi e pericolosi. Bellissimo è il caso della *Ersilia Rey*, di cui si legge la autobiografia corredata di documenti preziosi nell'interessante volume intitolato: Mémoires d'une aliénée, pubblicato per M. N. De Varannes, Parigi, Ollendorff editore, 1883 (E. M.)].

(*a*) [In un caso da me studiato prima in Tribunale, e di poi accolto nella mia Clinica (Genova), il malato fece atto di minaccia con la rivoltella *scarica* contro il suo presunto persecutore. Pochi mesi prima era stato arrestato nel R. Parco di Monza, ove s'era introdotto furtivamente per presentare al Re la sua *undecima* supplica-reclamo! (E. M.)].

(2) Casper, *Vierteljahrschr.*, t. VIII, pag. 177. [Cfr. un caso descritto or ora da Codeluppi, in *Sperimentale*, 1894: Omicidio premeditato commesso da un paranoico querelante (E. M.)].

(*b*) [Sinonimia]: *Persecutori politici* [Ballet nel testo; *Paranoia reformatoria*, Krafft-Ebing; *Fanatismo politico*, Livi; *Politische Zelotismus*, Arndt; *Monomania delle riforme politiche; Politicomani; Pazzi e mattoidi politici*, o anche " Epilessia politica „ (?), Lombroso.

Questa varietà e le successive mistica, inventoria, genealogica, ambiziosa ed erotica sono le forme più caratteristicamente espansive di paranoia (E. M.)].

stiche possono talvolta trarre in inganno l'osservatore. Sono facilmente presi per persone semplicemente audaci, dalle idee nuove ed azzardate. Ad un osservatore attento, però, non occorre molto per scovrire, nelle pretenziose declamazioni così frequenti in questi ammalati, i sintomi chiari dello squilibrio intellettuale. Le loro idee sono superficiali, puerili, talvolta addirittura assurde, [e in ciò sono simili a tutti gli altri " mattoidi „ nei quali sempre si rileverebbe un grado più o meno pronunziato di deficienza intellettuale (E. M.)].

La loro emotività, ordinariamente molto sviluppata, si esalta al solo pensiero degli ostacoli, che ad ogni passo incontrano nei tentativi di mettere in esecuzione i loro chimerici progetti. Si irritano, e, nelle loro disillusioni, se la prendono coi grandi del giorno. Talvolta si entusiasmano all'idea di compiere una missione gloriosa, e la seguono senza badare alle conseguenze della loro condotta; l'idea fissa s'impone loro siffattamente, che nè il senso della realtà, del quale d'altra parte sono sprovvisti, nè quello dei possibili pericoli arrivano a dominarli: colpiscono senza riflessione e senza pietà tutti coloro, che la loro immaginazione sfrenata designa come nocivi ai successi delle loro idee, al trionfo della giustizia, alla salute della patria, alla felicità dell'intero genere umano.

[Lo studio più completo ed originale di questo gruppo di pazzi è stato compiuto, con la sua solita genialità, dal Lombroso in collaborazione col Laschi (*a*). Studiando i fattori individuali del delitto e dei moti politici, sommosse, ribellioni e rivoluzioni, l'illustre nostro alienista ha dimostrato come su tali fatti sociali abbia spesso influenza la psicosi. Lasciando da parte i rei politici ed i rivoluzionari per occasione, per passione o per genialità, un buon numero ne sarebbe fornito dalla pazzia morale: essi hanno la impulsività, la insensibilità affettiva, le stimmate somatiche, la inadattabilità sociale del delinquente nato. Altri sono veri alienati, con questo di caratteristico che le varie forme di pazzia dànno altrettanti tipi di rei politici. Il " monomane, il paranoico, con la loro intelligenza quasi sempre superiore alla media (?), giungono a concetti potenti, ma spesso sono inetti all'azione „; per cui costoro solo raramente figurerebbero fra i politicomani persecutori. " Il melancolico passa dall'esagerazione della inerzia all'attività criminosa più esagerata e precipitosa „: onde una specie di raptus politico. L'alcoolista, il paralitico, l'epilettico, " in preda ad un'attività maggiore e morbosa della mente „, spesso si cacciano nelle rivolte; il primo senza idee preconcette, l'ultimo agendo sotto lo " stimolo dell'irritazione corticale „, e bene spesso delle allucinazioni e della religiosità, che ne fanno un novatore religioso o politico (" *epilessia politica* „). Fra gli esempi di questi rei politici pazzi Lombroso cita *Cola di Rienzo*, *Masaniello*, *Hongtien-Tacen*, la celebre *Théroigne* del '92, molti comunardi del 1871 (*b*). Un'ultima specie è quella dei " mattoidi politici „ che, a ben comprenderli come li descrive Lombroso, sono per l'appunto i nostri paranoici politicomani. Si distinguono per l'assenza quasi costante del delirio, per la debole impulsività, per la conservazione degli affetti, massime di un altruismo talvolta sconfinato, per la mancanza quasi completa delle stimmate e dell'eredità morbosa, per la cultura e la comunissima grafomania. Soventi volte la paranoia politica si associa alla querelosa; poichè respinti nelle loro mene riformatrici o, com'essi volentieri

(*a*) Cfr. Lombroso e Laschi, Il delitto politico e le Rivoluzioni; *Bibl. antrop. giuridica*, serie I^a, vol. IX, Torino, Bocca, 1890.

(*b*) Vegansi i bei lavori di Maxime du Camp, in *Revue des Deux Mondes;* e di Laborde, Les hommes et les actes de l'insurrection de Paris devant la psychologie morbide, Parigi 1882.

dicono, nel loro tentativo di " moralizzazione e di purificazione dei costumi ", finiscono col ritenersi vittime di un " sistema sociale " contro il quale non cessano più dal protestare con la parola, con l'opera e con gli scritti. Ne sarebbero esempi celebri *Sandon*, *Sbarbaro*, *Coccapieller*, e quell'*Antonelli* che io illustrai or sono diciannove anni (*a*) (E. M.)].

La maggior parte dei *regicidi* [e dei *presidenticidi*] sono alienati appartenenti a questo gruppo [di paranoici, come han messo in rilievo Lombroso e Venturi (*b*) (E. M.)]. Nel suo studio interessantissimo su questo argomento, Régis (1) ha dimostrato che costoro, siano criminali, siano eroi o martiri, sono individui patologici. Egli li ha divisi in tre gruppi naturali: — 1° I *falsi regicidi*, che possiamo classificare fra i persecutori politici. Preoccupati soprattutto del loro interesse personale, considerandosi vittime dell'ingiustizia degli uomini o della sorte, colpiscono un grande personaggio col solo scopo di attirare l'attenzione su di sè stessi e di farsi far giustizia (tali furono *Mariotti*, *Perrin*, *Jacob*) (2). — 2° I *regicidi alienati*, che agiscono sotto l'influenza di un'idea delirante comune, di un impulso incosciente. Questi appartengono ai comuni deliranti, nei quali l'atto morboso si è accidentalmente diretto contro un monarca od un potente del giorno, ma che hanno obbedito agli stessi motivi come i loro congeneri paranoici sistematici, allucinati, epilettici, ecc. — 3° Finalmente i *regicidi veri*, che rientrano, anch'essi, nella classe dei persecutori politici. In questi ultimi, l'attentato contro una persona potente è la conseguenza diretta e necessaria del particolare stato della mente, quale lo descrivemmo più su. *Ravaillac*, *Damiens*, e dopo di essi *Louvel;* in questi ultimi tempi *Guiteau*, che uccide il presidente Garfield per una presunta necessità politica e per comando divino; *Passanante*, che, precipitandosi con una bandiera socialista in mano sul re Umberto, vuol ucciderlo per fondare una repubblica universale; *Hillairaud*, che attenta alla vita di Bazaine per attenersi ad un giuramento solenne e vendicare, per ordine di Dio, la patria; *Gasnier*, che vuole uccidere un addetto all'ambasciata di Germania per fare scoppiare una guerra " onde sia riaperto il commercio "... tutti questi criminali appartengono all'ultimo gruppo. [Ma la maggior parte è costituita di veri e proprii paranoici, con un delirio spesse volte allucinatorio ed altre volte con un delirio sistematico in evoluzione (*c*) (E. M.)].

(*a*) Veggasi: Morselli, Un genio da Manicomio. Autobiografia di un alienato (con prefaz.), Sanseverino 1877, un vol. in-16° di p. 164. — Questo *Antonelli*, aggregatosi, dopo varie peripezie manicomiali, alla setta anarchica, in continuo antagonismo con la Polizia di tutti i paesi ove il suo istinto vagabondo lo porta da ben venti anni qua e là, è il tipo di quella categoria d'individui inadattabili all'ambiente sociale, o, come si dice, *spostati*, che costituiscono generalmente l'avanguardia scapigliata dei partiti ribelli e sovversivi (E. M.).

(*b*) Cfr. Venturi S., Anarchici e Regicidi, Catanzaro 1895, op.

(1) Régis, Les régicides dans l'histoire et dans le présent, nella *Revue d'anthropologie criminelle*, 1890 [o, per citare più correttamente, nelle *Archives* di Lacassagne, Lione].

(2) G. Ballet e P. Garnier, Un faux régicide, *Id.*, 1891.

(*c*) [Così, per non estendermi ad esaminare tutti i fatti speciali, ciò che porterebbe troppo in lungo e sarebbe qui un fuori d'opera, dirò essere oramai di evidenza palmare che *Guiteau*, il famigerato presidenticida, tanto malamente studiato dagli alienisti americani, posto da Lombroso fra i tipici esempii del " mattoidismo politico ", era affetto da paranoia originaria religiosa con allucinazioni verbali (le sue " inspirazioni divine "!). Chè, se figura fra i politicomani, è perchè " Dio gli ordinò di uccidere Garfield " (Cfr. Tamassia, Il processo Guiteau; *Riv. sper. di Fren. e Med. legale*, 1881-82-83: Bonvecchiato, A proposito di un processo scandaloso, Venezia 1884, un vol.). Riguardo a *Passanante*, è ancora ignota la ragione per cui al processo venne da alcuni distinti alienisti Italiani ritenuto per " sano di mente " (!): la sua pazzia — e allora si sarebbe chiamata monomania intellettuale — era tanto facile a diagnosticare, che io da Macerata mi esibii quale controperito, ma non

Ai persecutori politici si avvicinano certi mistici, il fondo delle idee dei quali presenta con quelle di coloro un'analogia abbastanza stretta. [Ma in conformità di quanto ammette la maggioranza degli alienisti, questa varietà di deliranti espansivi va descritta a parte.

3° Paranoia origin. Var. religiosa e mistica (*a*)]. — Alcuni deboli di mente o squilibrati si fanno segnalare pella tendenza ad astrarsi nel dominio dell'incomprensibile, del meraviglioso. Sono invasi da un entusiasmo morboso pel magnetismo, pella magia, pello spiritismo, pelle scienze occulte: [sono essi che, accostandosi ai loro simili, giungono a fondare i circoli spiritici]. Più spesso la loro mente si fissa sulle idee religiose; ed essi fondano delle sètte, propongono nuove religioni, si mettono a predicare: nè sempre tali prediche riescono infruttuose, facendo talvolta molti proseliti. Contrariamente agli altri pazzi ragionanti, hanno spesso delle allucinazioni; ma esse sono specialmente ipnagogiche: nei loro sogni vedono Dio, la Vergine, i santi. [Un certo numero però giunge alle vere allucinazioni sensoriali, non solo visive (nel qual caso meritano proprio il nome di " visionari "), ma altresì acustiche, ed allora si credono " invasati da spirito divino " o " inspirati " (E. M.)]. Queste " visioni " li incoraggiano nel loro apostolato. Convinti dell'importanza della parte storica a cui si credono chiamati, persuasi di essere investiti di una potenza soprannaturale per una missione importante, nulla li arresta, pur di attirare la folla alle loro dottrine. Non badano alla loro tranquillità ed ai loro interessi materiali, non esitano nemmeno a sacrificare la loro libertà, la loro fortuna, [la stessa loro vita, poichè non è dubbio che fra i martiri di ogni specie di fanatismo sonvi molti individui dalla mente turbata (E. M.)].

Considerando i fatti un po' da vicino, più di uno dei fondatori delle religioni [e dei riformatori religiosi] potrebbe legittimamente essere classificato fra i " pazzi ragionanti " [d'alcuni autori francesi, o meglio, fra i paranoici (E. M.)]. Tale *Emanuele Swedenborg* (1), [il ben noto fondatore della setta degli Illuministi; tale pure l'italiano *Davide Lazzaretti*, il più tipico esempio, forse, di paranoico allucinato, che abbia potuto durante l'ultimo mezzo secolo dare origine ad un moto rivoluzionario mistico-socialistico, soffocato pur troppo nel sangue (*b*) (E. M.)]; tale quel *Luigi Riel*, che dopo essere stato rinchiuso due

---

mi si accettò per considerazioni d'ordine politico. L'aggressore di Re Umberto era infatti, ed è tuttora, uno splendido esempio di paranoia originaria con idee di riforma politica e, quel che è più, con delirio metabolico di grandezza (Cfr. Tamburini, Relaz. della prima perizia; *Riv. sper. di Fren. e Med. legale*, 1879; Lombroso, Pazzi ed anomali, 2ª ediz., 1889; I Tre Tribuni, 2ª ediz., 1887; Virgilio, Passanante e la natura morbosa del delitto, Napoli 1888; Tamburini e Algeri, Sullo stato mentale del P.; *Riv. sper. di Fren. e Med. leg.*, 1890) (E. M.)].

(*a*) [Sinonimia: Persecutori mistici (Ballet, nel testo francese); *Religiöser Wahnsinn* (Ideler); Monomania religiosa (scuola di Esquirol); Paranoia espansiva religiosa (Krafft-Ebing); Zelantismo e fanatismo religioso (Livi, Arndt); Teomania, Teomonomania (Varii); Malattia dei mistici (in parte, Charbonnier, Bourneville) (E. M.)].

(1) Vedasi J. Vinson, Les Religions actuelles, Parigi, Edit. Delahaye, 1888.

(*b*) [Su questo importantissimo caso, consultinsi: Lombroso, Op. varie, *passim*; ma specialmente Pazzi ed anomali, cap. XI; e l'Uomo di genio, VIª ediz., pag. 507 e segg.; Barzellotti G., Davide Lazzaretti, i suoi seguaci e la sua leggenda, Bologna 1885; Santi, solitarii e filosofi, ivi, 1887. — Un altro esempio italiano, e recentissimo, di movimenti pazzeschi di riforma politico-religiosa, che in altri tempi non avrebbero abortito come ora, è stato illustrato da A. De Nino, Il Messia degli Abruzzi, Lanciano 1890, un vol. — Fra i " riformatori e fondatori di religioni " che indubbiamente sono stati o sono tuttora affetti da paranoia, meritano citazione il *Loyola*, *Savonarola*, *San Giovanni di Dio*, la signora *Krüdener*, la mistica consigliera dello Czar Alessandro, la signora *Blawatsky*, l'apostolessa del teosofismo, ed il colonnello *Burton*, il creatore e generale dell'*Armata della salute*, ecc.

volte come pazzo, suscitò nel Canadà un'agitazione tale, che lo si appiccò a Regina nel 1885.

Si è anche fra questi alienati [mistico-ascetici] che si reclutano la maggior parte degli addetti a quelle sêtte stravaganti che, a scopo spesso mal definito, si fanno mutilazioni di vario genere, come gli *Skopzky* della Russia (*a*). Si dànno casi, nei quali lo squilibrio mentale conduce persino all'assassinio; tale quello del forsennato, condannato circa venti anni fa dai tribunali russi per aver rinnovato il sacrificio di Abramo. [Tale anche, sotto un certo riguardo, il già citato *Guiteau*. Tale il prete uccisore dell'arcivescovo di Parigi mentre adempie dinanzi l'altare la sua sacra missione; tale pure quel *Clément*, che i Gesuiti spinsero al regicidio. Altri viene portato dalle sue idee religiose al suicidio; ma il più delle volte con una teatralità, che è per sè stessa indizio dello stato morboso, come quando viene preparata e compiuta l'autocrocifissione (esempio classico *Matteo Lovati* di Venezia), o quando la morte volontaria è data in prova delle proprie dottrine mistico-filosofiche (esempio individuale recentissimo il panteista *Mainländer*, ed esempio antico la setta degli *Assassini* o seguaci del " Vecchio della Montagna „). Per fortuna però, il delirio e le allucinazioni non traggono sempre il mistico ed il teomane a siffatti estremi: spesso il suo contegno è innocuo; ed egli si limita ad abbondare nella preghiera, negli esercizi spirituali, nelle mortificazioni, nel digiuno; non di rado s'impone il silenzio (*afrasia paranoica* di Kussmaul), come avviene in certe corporazioni religiose e nella setta russa dei *Berslovestni*, onde è derivata, per esagerazione, la già citata degli *Skopzki*.

Non sempre poi la idealità morbosa, di cui la mente di questi degenerati si pasce, appartiene alla sfera della religione. Ogni sorta di misticismo, ogni credenza stravagante che parli alla immaginazione, che non sia subordinabile allo esame obbiettivo o alla critica troppo fredda e troppo faticosa dell'esperimento, esercita su di essi un fascino irresistibile. Son costoro quei medesimi che, generalizzando la propria infermità, gridano avere l'umanità il " bisogno della fede „, la " sete del meraviglioso „, l' " intuito dell'infinito „; e che dominati dal più basso istinto d'imitazione, da un vero mimetismo sragionante, costituiscono, a seconda dei tempi e delle idee dominanti, le sêtte degli *Anabattisti*, dei *Flagellatori*, ecc., le *Arcadie* belanti, i club di *Mesmerismo* e *Magnetismo animale*, i circoli di *Spiritismo* e di *Tiptologia* con le relative tavole giranti, l'incarnazione e la reincarnazione, le materializzazioni, la lettura del pensiero, ecc. Sono essi che si impadroniscono dell' " Inconoscibile „, di Erberto Spencer e del disgraziato " Ignorabimus „ di Dubois-Reymond, li mescolano con una indigesta nozione d'ipnotismo, psichismo, spiritualismo ed altre consimili quiddità in *ismo*, e creano quelle correnti volgari di pseudofede religiosa e di misticismo alla moda, che arrestano o, per lo meno, ostacolano i progressi della scienza positiva (*b*).

Non oserei risolvere negativamente il dubbio se anche *Leone Tolstoï*, il grande scrittore russo, non sia intinto largamente di labe pazzesca, anzi, in particolare modo, di paranoia riformatoria, dove non manca la solita miscela di sessualità e di misticismo! (E. Morselli)].

(*a*) [Gli *skopzki* non hanno, come dice l'A., uno " scopo mal definito „ nel castrarsi, se uomini; nell'infibularsi o nel tagliarsi clitoride e piccole labbra, se donne: essi applicano alla lettera il celebre versetto della *Santa Scrittura:* " Vi sono degli eunuchi che sono usciti tali dal sen della madre; e ve ne sono tali che sono stati fatti dagli uomini; e ve ne sono di quelli *che si sono fatti eunuchi da loro stessi per amore del regno dei cieli* „ (Matteo, XIX, 12). Tale aberrazione è spiegata da Sant'Agostino con ciò che " troncando la radice della concupiscenza, si rinuncia per sempre ai piaceri del senso „ (E. Morselli)].

(*b*) Agli pseudomistici in buona fede ed ai credenti dell'ultim'ora, che per una debolezza imperdonabile si lasciano trascinare o impressionare da pochi paranoici e degenerati, ho risposto in due

4° Paranoia origin., Var. inventoria (*a*). — Questa forma comprende una categoria oggidì sempre più numerosa di individui abnormi o di degenerati. Egli è che la scienza e la coltura vanno sostituendosi nella vita sociale alla fede ed alla superstizione; e qui l'ideale mistico e religioso dei paranoici precedenti cede il posto a pseudo-ideali di altro genere. Forse nei tempi passati costoro si sarebbero occupati di alchimia, di astrologia, di cabala; oggi, invece, si occupano di filosofia, di letteratura, e soprattutto pretendono di fare invenzioni mirabolanti nelle industrie, di scoprire i misteri della natura, o di aver trovata finalmente la soluzione di quei problemi onde da secoli l'umanità è travagliata.

Niuno studiò meglio questa categoria di paranoici del nostro Lombroso, che per essi creò la celebre e oramai popolare denominazione di " mattoidi grafomani „ (*b*). Se non che, il disturbo mentale è assai più profondo di quanto lascierebbe supporre il nome di *mattoidi;* nè sempre il mezzo da essi prescelto per rilevare le loro " scoperte „ o le loro elucubrazioni è la scrittura. Alcuni senza dubbio sono ben poco distanti dalla media comune o sana della intelligenza: si distinguono solo per un'eccessiva fiducia in sè stessi, per una vanità estrema, per la debolezza della logica con cui giudicano, parlano e scrivono delle loro idee più o meno utopistiche, dei loro progetti tecnici impossibili a realizzare, dei loro sogni fantasiosi. E non di rado possono le idealità e le invenzioni di questi semi-sani contenere qualche germe di verità e di utile; esempi: il *Gorini*, scopritore della natura dei vulcani, il *Motta*, inventore della " metallizzazione dei corpi organici „, ecc. Ma da gradi sì lievi e limitati di mattoidismo, si giunge ben presto alla forma di deciso delirio inventorio. Gli uni sono *realisti;* e si contentano della credenza di aver risolto problemi come la " quadratura del circolo „, il " moto perpetuo „, un " nuovo sistema planetario „, " la direzione dei palloni volanti „, ecc. Altri, invece, sono più *idealisti;* e si spingono nei campi astratti della filosofia, delle scienze sociali e storiche, ovvero si alzano nelle sfere della poesia e dell'arte, facendo (letteralmente!) gemere i torchi colla stampa delle loro prolisse e insipide composizioni letterarie, ovvero accumulando manoscritti mastodontici, che " le generazioni future, sempre più colte della presente, sapranno mettere in luce ed apprezzare „. Un terzo gruppo è quello dei *progettisti*, che assediano i giornali, le Accademie, i Corpi legislativi, con la enunciazione delle più paradossali proposte, che frequentano tutti i concorsi per opere pubbliche o per monumenti, dove si fanno subito segnalare per la stranezza ed incongruenza dei loro progetti, quasi sempre sopraccarichi di un simbolismo morboso. Un piccolo gruppo di *cabalisti*, illustrato elegantemente dal Tanzi, si dà alla ricerca semimagica di immaginarii tesori. Ad essi poi si collegano senza dubbio molti dei *collezionisti* fanatici, i quali fanno raccolta di oggetti inutili, di cianfrusaglie.

---

recenti occasioni, che mi permetto qui di indicare come *mezzo terapeutico* contro lo zelantismo invadente: Morselli, L'Eredità materiale intellettuale e morale del secolo XIX. Discorso per l'*Annuario della R. Università*, anno 1894-95, Genova; — La pretesa " bancarotta della scienza „. Una risposta (a F. Brunétière); *Rivista di Sociologia*, II, fasc. 2°, 1895 (E. M.).

(*a*) Sinonimia: Utopisti (Moreau [de Tours] sen.); Monomania delle invenzioni e scoperte; Sofomania; Mattoidi letterarii, artistici, grafomani, geniali, ecc. (Lombroso); Psicopatici intellettivi (Raggi); *Paranoia expansiva inventoria* (Krafft-Ebing) (E. M.).

(*b*) Cfr. Moreau de Tours, Psychologie morbide, già cit., *passim*, ma specialmente pp. 244-7; Morel, Traité, p. 526 e seg.; Lombroso, Genio e follia, III[a] ediz., Milano 1877; Morselli, loc. cit. Raggi, loc. cit.; Dossi C., I mattoidi al concorso del Monumento per V. E. II, Roma 1879; Amadei G., Una scoperta mattoide, già cit.; Tanzi, Sopravvivenze psichiche, nella mia *Rivista di filosofia scientifica*, X, 1891, p. 293; Morselli, Arte e pazzia; *Nuova Rassegna*, sett. 1893 (E. M.).

La maggioranza di questi pseudo-inventori, pseudo-artisti e pseudo-scienziati, ricordando un fenomeno tipico della paranoia, hanno la smania di foggiare parole nuove (*neologismi*); ed ecco l'origine della *psicografia*, della *filosofia ritmica*, dell'*uni-verso*, delle *forze astrali*, della *dottrina fisico-dinamico-cosmo-tellurica*, dell'*uovo astrologico*, del *compasso filosofico*, del *bastone universale*, ecc.

Altro carattere, che sempre più accomuna queste diverse forme di costituzione paranoica, è lo spirito di proselitismo, pel quale essi non solo giungono a suggestionare in loro favore altre menti deboli e a trasfondere in alcune intelligenze sane il proprio delirio nelle proporzioni di un semi-delirio, ma perfino a creare in più o men larga cerchia delle vere associazioni, a mo' di setta o di pseudo-scuola.

5° PARANOIA ORIGIN., Var. IPOCONDRIACA. — L'*ipocondria* che figurava fino a pochi anni or sono in tutti i trattati di medicina fra le " neurosi ", non ha più oggi una posizione ben netta (*a*). Si effettua a suo riguardo un fatto abbastanza frequente nella medicina moderna a riguardo di alcuni vecchi concetti nosologici: essi si scindono in forme distinte, ciascuna delle quali viene collocata in capitoli diversi, e spesso assai lontani. Un buon numero d'ipocondrie è andato a finire nel capitolo della neurastenia; altre furono a giusta ragione restituite all'isterismo, cui erano sottratte dal pregiudizio che la neurosi isterica rispettasse il sesso maschile. Resta però sempre un grosso blocco di ipocondriaci, che, staccandosi decisamente (ed era tempo!) dalla neuropatologia, cade di pien diritto entro i confini della psichiatria, poichè si tratta non di individui semplicemente neuropatici e tanto meno neurotici, ma di psicopatici, anzi di veri alienati. E qui occorre nuovamente una suddivisione. Certuni appartengono alla melancolia, certi altri alla paranoia tardiva, la quale può assumere per assai lungo tempo la forma ipocondriaca, passando lentamente, o anche non passando poi a sistemazione. Ma il sottogruppo più importante e caratteristico è dato dall'ipocondria che diremo " costituzionale ", e si fonde perciò nelle paranoie originarie; che comincia a rivelarsi fino dalla fanciullezza, procede quasi di pari passo con lo sviluppo di bambino, fanciullo, giovane ed adulto, e si stabilisce come una diatesi psicosica che permane immutata per anni e decine di anni, attraversando fasi di sosta e crisi di esacerbazione, fino all'angoscia e pur anco fino al suicidio. In un buon numero di casi l'ipocondriaco passa insensibilmente alla diffidenza, non solo verso l'ambiente fisico da cui teme nocumento alla salute del corpo, ma anche verso l'ambiente sociale da cui si crede dispregiato, vilipeso e poco curato (*b*).

Ed ecco come alla paranoia originaria ipocondriaca si collegano quegli stati di reazione attiva o aggressiva, in cui cadono certuni di questi ammalati,

---

(*a*) L'ipocondria si troverà descritta a parte nella Enciclopedia dello ZIEMSSEN, edita da circa quindici anni (JOLLY, Isterismo-Ipocondria, vol. XII, parte 2ª, trad. ital., 1883); ed anche nel nuovissimo grande Trattato di Patologia e terapia speciale diretto dal NOTHNAGEL, che viene di questi giorni alla luce (BINSWANGER, Hysterie, Hypochondrie, Traumatische Neurosen, Hypnotismus, ecc., Band XII). Però dalle opere francesi generali di Medicina sembra che oramai essa sia esclusa. Tal'è il caso del presente " Traité de Médecine " e del contemporaneo e buono " Manuel de Médecine " diretto da DEBOVE e ACHARD. Questo ostracismo di un vecchio concetto della nosologia classica non mi par giusto; chè non è vero che la ipocondria, come neuro(psico)si autonoma, non meriti una descrizione speciale. Essa fu, bene a ragione, or ora rimessa in onore dall'ALTHAUS, in *Deutsches Archiv für klin. Medicin*, Bd. LIV, 1895, fasc. 4-5° (E. M.).

(*b*) Sull'ipocondriasi, oltre alle opere citate nella nota precedente ed ai Trattati di Psichiatria, consultinsi: ARNDT, art. " IPOCONDRIA " nella *Real-Encyclopaedie* di Eulenburg.

e che dagli alienisti francesi ricevettero la designazione di *persecutori ipocondriaci* (a). Qui ricedo, finalmente, la parola al Ballet (E. Morselli)].

Con questo nome di " persecutori ipocondriaci ", noi chiamiamo persecutori convinti di essere stati mal curati dai medici. Su quest'idea fondano un delirio che influisce su ogni loro pensiero, su ogni loro atto; perseguitano le persone che li hanno assistiti, si posano a vittime di una cura sbagliata e delittuosa; talvolta commettono atti violentissimi. Tale fu il caso di *Alessandro Bourgeois*, che nel 1839 tentò assassinare il dottore Bleynie, col pretesto che questo medico l'aveva curato male dodici anni prima.

La relazione medico-legale fatta al proposito è la seguente. — Bourgeois non presenta alcunchè di particolare: il suo modo di parlare è scorrevole, e, ad un esame superficiale, non lascia intravvedere alcun squilibrio mentale. Però ha un'idea fissa, sulla quale costantemente ritorna e che da 16 anni lo perseguita, lo domina, così che è diventata il movente di tutti i suoi atti ed il punto di partenza dell'azione, pella quale fu rinchiuso in carcere. Sedici anni or sono, dice, subì un'infreddatura agli intestini pella quale consultò molti medici, le cure dei quali gli riuscirono « più di danno che di vantaggio ». Fra gli altri consultò Bleynie, che gli prescrisse dei bagni caldi, poi i bagni in acqua corrente o di fiume, i quali non ebbero altro effetto che « aggravare il suo male e procurargli una nuova malattia ». Da quel momento il delirio di Bourgeois si costituisce: sempre in preda alle sue preoccupazioni ipocondriache, egli tenta inutilmente tutti i rimedii ed arriva a fare progetti di vendetta contro i medici, e, specialmente, contro Fiédé e Bleynie, che considera causa di tutti i suoi malanni. Dieci anni fa lo incontra per via, ed alla sua vista non può contenersi: « Vedete, grida, in quale stato mi avete ridotto coi vostri maledetti bagni di fiume! ». Ed accompagna tale rimprovero con ingiurie ed atti di minaccia. Quest'animosità, lungi dall'affievolirsi, crebbe col tempo: e tre anni or sono, sempre fisso nella sua idea di vendetta, ei compera un pugnale e si apposta sulla via battuta da Bleynie; ma, dopo tre mesi di esitanza, compera una pistola « che, dice, serve meglio del coltello ». Questa volta il suo progetto di assassinio è maturo. Lo ha preparato da lungo tempo, ed ha fuso da se stesso le palle della pistola. E lo mette in atto. Spia Bleynie, l'attende sotto un portone e fa fuoco due volte su di lui, ma senza colpirlo, nel momento in cui scende dalla vettura (1).

6° [Paranoia originaria, Var. ambiziosa e genealogica (b). — Sotto il nome di *persecutori famigliali* vengono riuniti dagli alienisti francesi (Ballet) paranoici d'indole diversa, che solo in parte entrerebbero nella categoria dei paranoici originarii, tanto più che il gruppo è creato unicamente in vista del modo particolare con cui essi reagiscono al loro delirio. Ora, i delirii di costoro sono differentissimi. Gli uni appartengono alla paranoia tardiva, già altrove descritta,

(a) Questo gruppo di alienati è il solo che faccia eccezione alla caratteristica generale a tutta la categoria dei paranoici persecutori, di avere, cioè, un delirio *espansivo* con reazione *eccentrica*. L'ipocondriasi, infatti, si alimenta di idee morbose *depressive* e la reazione al delirio è, nel più dei casi, *concentrica* come nella melancolia. Ma il sintomo della persecuzione attiva giustifica, fino a un certo punto, la descrizione di codesti alienati nel capitolo presente: per tutto il resto, ed anche per le sue origini strettamente cenestetiche, la paranoia ipocondriaca si stacca dalle altre forme qui ricordate di paranoia originaria (E. M.).

(1) Legrand du Saulle, Le Délire de persécution, Parigi 1873, pag. 69; — Pottier, loc. citato, pag. 92.

(b) [Questa varietà corrisponderebbe, per rispetto alla sinonimia, in massima parte ai così detti *megalomani*, cioè ad individui afflitti da delirio di grandezza, o da *paranoia ascensa* di Kahlbaum, o da *paranoia expansiva* di Krafft-Ebing, o da *paranoia superba* di Amadei-Tonnini. Quanto al delirio genealogico, spesso associato al palingnostico, non lo possiamo considerare, per dir vero, come una varietà autonoma di paranoia: non credo esista un solo caso, del quale non debba dirsi che tale idea erronea è una pura modalità o di un delirio grandioso o di uno persecutorio. Tuttavia, per non sconvolgere troppo il testo dell'opera, ho lasciato anche tale sindrome al posto datole empiricamente dall'Autore francese (E. M.)].

e diventano persecutori quando, nella terza fase della sistemazione delirante, hanno un concetto erroneo della loro personalità: essi rifanno la loro genealogia, e reclamano perciò di essere riconosciuti principi del sangue, membri di case nobiliari, figli o parenti di persone notoriamente ricche, ecc. Altri, invece, sono propriamente paranoici originarii: ed allora il delirio genealogico si può svolgere in due modi. O è primordiale, ha cioè i caratteri d'una megalomania sorta più o meno all'improvviso (*délire d'emblée*) per una di quelle efflorescenze deliranti cui sono tanto di frequente soggetti i degenerati; oppure è consecutivo ad una pseudo-sistemazione di idee erronee, che attraversa più o meno nettamente le solite fasi, apprensiva, sospettosa, persecutoria ed ambiziosa dei delirii sistematizzati cronici, e di ciò sarà nuovamente discorso. Checchè sia, codesti paranoici ambiziosi diventano " persecutori ragionanti ", conforme alla terminologia francese (E. M.)].

I persecutori di questa categoria sono veri deliranti, perchè sono convinti di un'idea manifestamente falsa ed irragionevole: della credenza d'una filiazione o d'una paternità immaginarie (1). Un certo numero di essi, sconoscendo la loro vera origine, arrivano a farsi convinti che col loro padre e colla loro madre non hanno che vincoli di parentela convenzionali. Un caso qualunque ha fatto loro conoscere [il " mistero della loro nascita "]; ed eccoli che perseguitano con tenerezze e con lamentele colui che credono il loro vero padre (" persecutori filiali ").

Un ammalato, che io seguo da parecchi anni, è convinto di essere figlio naturale di Giulio Grévy : sua madre lo chiamò a sè al letto di morte, « e gli svelò il secreto della sua paternità ». Da allora non cessa di scrivere all'antico presidente della Repubblica lettere su lettere, che ha cura di sempre raccomandare. Se qualcuno emette un dubbio su quanto egli racconta, tira fuori le ricevute della Posta, delle quali è ricco il suo portafogli, e crede con tutta ingenuità che quei pezzi di carta costituiscano la prova irrefutabile della sua supposta origine paterna. Alla morte di Giulio Grévy ha fatto molti tentativi per avere parte dell'eredità di suo padre, che, secondo lui, gli toccava di diritto. Questo persecutore ragionante è stato creduto un volgare ricattatore (2).

Contrariamente a questa specie di persecutori, ve ne hanno altri che credono ravvisare nelle persone, sulle quali il caso attira la loro attenzione, un figlio od una figlia che perseguitano con manifestazioni deliranti di tenerezza. [Sono, cioè, dei " persecutori parentali ". Questo gruppo, del resto assai raro, di persecutori è evidentemente costituito da paranoici affetti da delirio più o meno abortivo di persecuzione; i quali s'immaginano d'essere stati derubati di una loro creatura, o fantasticano di essere vittime di immaginarii reati di sostituzione d'infanti, supposizione di parti, e simili altre avventure romantiche e strane. In tale loro delirio hanno grande parte le illusioni sensoriali (vaghe rassomiglianze, coincidenze di segni, nèi, macchie, ecc. sul corpo della presunta loro creatura), forse anco alcuni sogni precedenti, alcune paramnesie. Nè manca in essi l'altra idea-germe di tutti i delirii paranoici, siano sistematici, siano pseudo-sistematici; cioè la vanità, l'esagerato concetto dell'io: essa è rappresentata dalla soddisfazione e dal vanto di essere gli " eroi o protagonisti di una avventura romanzesca ", o d'un " dramma ignorato ". In varii casi, di cui hanno dato ragguaglio negli ultimi anni i giornali politici, si era pre-

(1) G. Ballet, Les persécuteurs familiaux; *Bull. médical*, 1° febbraio 1893.

(2) Il caso concernente questo individuo è lo stesso descritto da Régis (Manuel de médecine mentale, 2ª ediz., p. 304), il quale ebbe occasione di studiarlo durante la sua permanenza nell'ospedale di Bordeaux.

sentato il fenomeno della induzione pazzesca: cioè ambedue i genitori, e perfino tutti i membri di una famiglia, si mostravano infatuati della pretesa parentela imaginata dalla mente delirante di un solo fra essi (E. M.)].

7° [PARANOIA ORIGINARIA, Var. SESSUALE ed EROTICA (*monomania erotica* in parte) (*a*). — Anche in questo paragrafo la descrizione semiologica dei "*persecutori amorosi*" o "*innamorati*", abbraccia tipi differenti di pazzi. Anzitutto notiamo che non sempre si tratta di degenerati: diventano persecutori per gelosia molti paranoici tardivi, soprattutto per intossicazione alcoolica, ed anche dei melancolici, degli ipocondriaci con impotenza sessuale, e perfino dei neurastenici, degli epilettici. Perseguitano pure per amore alcuni paranoici sistematici in fase di grandezza, quando nella loro ambizione si ritengono chiamati a rigenerare la società fondando nuove dinastie, ecc. Si vede come tali casi andrebbero levati alla paranoia originaria ed alle degenerazioni psichiche, e suddivisi nei capitoli corrispondenti della nosografia psichiatrica. D'altra parte, fra i delirii dei degenerati, di cui verrà discorso più avanti, figurano forme mistiche ed ambiziose che, assumendo colorito erotico, non di rado portano l'ammalato ad una condotta aggressiva, persecutrice, verso l'obbietto della sua passione. Ma ancor più caratteristica è la fase erotica, di platonismo o romanticismo amoroso, che, secondo la classica ed insuperabile descrizione di Sander, attraversano quasi ordinariamente gli ereditari affetti da quella che egli chiamò "paranoia primaria originaria" e cui noi aggiungiamo, come si vedrà, la qualifica di sistematica. Premessi tali schiarimenti sul come si debba comprendere la sindrome "persecuzione attiva" per parte dei pazzi affetti da vario delirio erotico, non avremo difficoltà di lasciare col Ballet il gruppo dei "persecutori innamorati" fra i così detti pazzi ragionanti. In realtà ciò che li caratterizza *ejettivamente* è il modo con cui manifestano le loro idee false a base sessuale: negli uni la *gelosia* è l'equivalente di un delirio persecutorio; negli altri l'innamoramento fantastico, la *erotomania*, equivale per lo più ad un delirio ambizioso (E. MORSELLI)].

a) I *gelosi* (*b*) costituiscono una prima varietà di questa categoria: essi si fanno notare per un sentimento di gelosia assurda e persistente, pella quale tormentano senza tregua coi loro sospetti ingiustificati coloro che hanno la disgrazia di convivere con essi (1). Le donne squilibrate di mente fin dall'infanzia, che perseguitano senza posa il marito colle loro ridicole lamentele, che lo circondano di una sorveglianza ingiustificata, che nei minimi particolari della vita, nell'espressione di uno sguardo, in un atto accidentale, in una mancanza delle più motivate, in un profumo insolito del vestito di esso, vedono la prova di un tradimento, non sono isteriche, come le si credettero per lungo tempo, ma degenerate affette da pazzia ragionante. [Lo stesso deve dirsi di quegli uomini, che, o mariti od amanti, torturano, coi loro pazzi e non raramente feroci trasporti di gelosia, colei che ebbe la sventura di concedere loro i suoi favori, di unirsi ad essi. Si badi, però, che un buon numero di codesti gelosi, i quali arrivano spessissimo all'uxoricidio, appartengono all'alcoolismo cronico.

(*a*) SINONIMIA: Persecutori amorosi, degli alienisti francesi, fra cui BALLET nel testo (E. M.).

(*b*) [SINONIMIA: Monomania di gelosia; *Eifersuchtwahn*, ted.; *Insane jealousy*, ingl.; Delirio geloso, RÉGIS; Paranoia sessuale, KRAFFT-EBING; *Post-connubial insanity*, in parte, SAVAGE (E. M.)].

(1) P. MOREAU (de Tours), Folie jalouse, Parigi, Asselin 1877. [Cfr. VERGA A., La pazzia gelosa; *Arch. ital. mal. nerv.*, Milano 1878 (E. M.)].

Altri molti sono o degenerati dalla mente debole in cui la voluttà sessuale risveglia istinti crudeli (come più avanti si vedrà), o semi-imbecilli addirittura: nè mancano gli epilettici. Restano, pertanto, pochi i casi ascrivibili alla vera " paranoia gelosa ": di guisa che l'autonomia di questa varietà di psicosi degenerativa non è ammessa da tutti gli alienisti (E. M.)].

b) Lo stesso dicasi di un'altra varietà, cioè degli *innamorati erotomani* (*a*), che si accendono di una passione ridicola ed irresistibile, ordinariamente affatto ideale per una persona, colla quale per puro caso hanno potuto parlare, [o che una sola volta li abbia guardati per la via, in un teatro, dalla finestra. Il carattere, diremmo quasi, patognomonico di questi erotomani è il platonismo: a sentirli non hanno alcun secondo fine nel loro muto e tenace corteggiamento della persona amata: la loro " passione " che essi imaginano sempre corrisposta con altrettanto silenzio quanto essi ne mettono nell'esprimerla, è nobile, anzi ha molte affinità col misticismo. Non mancano però tra di essi anche i cacciatori di dote, che, malgrado la bassa loro condizione sociale, osano levare lo sguardo sino alle donne di altissimo lignaggio e sino alle fanciulle di ricca e nobile famiglia. Un buon numero è afflitto da quella smania di ammogliarsi, che io designai col nome di *imenomania*. Costoro sono, quasi sempre, dei deboli di mente o dei paranoici in fase evolutiva del delirio persecutorio-ambizioso. Essi possono anche rendersi colpevoli di aggressioni violente contro la persona amata, e costituiscono sempre un pericolo sociale (*b*) (E. M.)].

Il signor X, l'amante della Principessa di ***, ce ne offre un bell'esempio. Entrato come precettore in una delle più aristocratiche famiglie della Francia, alle accoglienze benevoli della Principessa credette poterne possedere il cuore. Mentre un giorno essa era curva sul tavolo intenta a scrivere, egli le depose un bacio sul collo. L'offesa fu perdonata; ma il marito della principessa venne poi a morte. Da questo momento X cominciò a scrivere lettere stravaganti, protestando la purità dei suoi sentimenti e ritornando costantemente sull'antico bacio. Di questa corrispondenza si avrebbero potuto fare dei volumi; una sola lettera constava di 18 pagine. X dovette allontanarsi da Parigi; ma ben presto vi ritornò. La Principessa avendo dato ordine di non lasciarlo entrare, egli prese alloggio in una casa donde poteva spiarne i minimi movimenti; di giorno la seguiva in chiesa, nei negozi, pella via. Una sera, appostatosi sul portone, fu abbastanza fortunato per riuscire, grazia all'oscurità, ad aprire lo sportello della vettura della Principessa e precipitarvisi dentro; coprì di baci ardenti le mani di essa, ma disillusione! X riconobbe che l'oggetto dei suoi baci era la cameriera. Alla notte gettò della sabbia e dei sassi contro le finestre del suo appartamento. Ad istanza del duca di * * *, cognato della Principessa, il povero erotomane fu arrestato ed esaminato da Lasègue.

Al manicomio di Ville-Évrard il suo delirio continuò. Posava a vittima e si credeva amato. « Come spiegare l'attrazione irresistibile che lui e la Principessa provavano l'uno per l'altro, quei movimenti in avanti del bacino, quegli spasmi nervosi che la signora provava in sua presenza, quel linguaggio poetico e misterioso, che tutto si compendiava nella pressione di un piede? Come chiamare quel fluido che correva nelle loro dita quando si incontravano? ».

(*a*) [Sinonimia: Monomania erotica, Esquirol (in parte); Paranoia erotica, Krafft-Ebing; Monomania dell'amor casto, Ingo e Lombroso; Erotomania, pr. detta (E. M.)].

(*b*) Cfr. Lombroso, L'amore nei pazzi; *Arch. di Psich., Antr. crim., Sc. pen.*, II, 1881; Amori anomali e precoci dei pazzi, ivi, IV, 1883; L'amore fra i pazzi, Torino 1885, 2ª ediz.; Solfanelli, Alcuni casi di delirio sistem. prim. erotico; *Atti IV Congr. Fren. Ital.*, Voghera 1883; Morselli, Imenomania in un degenerato, ecc.; *Riv. sper. di Fren., e Med. leg.*, XVI, 1890, parte 2ª, pag. 28; Ingo (perizia sul caso del Failla, paranoico erotomane omicida, la di cui autobiografia, bellissimo campione di scrittura paranoica, è oggi nella mia collezione), Caltagirone 1883, op. e *Arch. Psich., Antrop. crim.*, 1883; Venturi, Le degener. psico-sessuali, già cit. (E. M.).

Rilasciato in libertà intentò processi su processi, dicendosi vittima di un sequestro illegale. Ma vedendo rigettate sempre le sue istanze, dal 1872 diventò il cavaliere errante, il protettore degli alienati. Apertisi dei corsi pubblici di insegnamento al Manicomio di Sant'Anna, egli vi accorse, commentando le lezioni a voce sì alta, che l'Amministrazione superiore è costretta a sospenderle: di ciò egli mena vanto. Ogni anno assiste assiduamente alle sedute, nelle quali il Consiglio dipartimentale della Senna discute sulle spese pegli alienati e le questioni che vi si collegano (1).

[*Significato nosologico della sindrome " persecuzione attiva „ o " ragionante „* (E. M.)]. — Qualunque sia la varietà sintomatica che voglia prendersi in esame, emerge che i persecutori ragionanti [degli alienisti francesi, siano essi processomani, o politicomani, o teomani, o erotomani, siano mistici, pseudo-inventori, ipocondriaci, ecc. (E. M.)] presentano tutti dei caratteri comuni, che li ravvicinano l'uno all'altro e, nello stesso tempo, li differenziano dalle altre specie di alienati. Tutti, come dicemmo, [salvo nei casi in cui la persecuzione attiva costituisce un raro sintoma di paranoia tardiva o di alcoolismo, o di isterismo (E. M.)], sono squilibrati dalla nascita: e questo carattere li differenzia dagli individui affetti da paranoia tardiva con delirio sistematico di persecuzione, i quali possono anche non presentare alcuna anomalia intellettuale o morale prima del giorno in cui diventano alienati. Questa è la ragione pella quale i Tedeschi chiamano il disturbo mentale che stiamo studiando: *pazzia sistematizzata originaria* (*Primäre, originäre Verrücktheit* di Sander) (2).

I perseguitati persecutori (processomani, politicomani, [inventori], ipocondriaci, erotomani) si differenziano ancora, come già abbiamo veduto, dagli altri perseguitati pella mancanza [quasi] assoluta di allucinazioni. Convien però fare una [prima] eccezione pei mistici: ma in costoro le allucinazioni assumono caratteri alquanto speciali; esse ricordano le visioni del sogno, più che le vere allucinazioni (allucinazioni *oniriche* di Régis). [Una seconda eccezione è, naturalmente, data da quei deliranti cronici, nel senso francese, o paranoici sistematici, che per una od altra ragione da perseguitati si trasformano in persecutori. In tal caso la sindrome di persecuzione attiva non va scompagnata da allucinazioni vere, siano acustiche, siano visive. Non parliamo poi dei persecutori alcoolisti, isterici, epilettici, ecc., i quali pure possono eventualmente rivelarsi allucinati, almeno in modo fugace, sia nella notte durante il dormiveglia (allucinazioni *ipnagogiche* del Maury), sia durante i loro attacchi.

---

(1) Taguet, Les aliénés persécuteurs; *Ann. médico-psychol.*, 3ª serie, vol. XV.

(2) Sander, Ueber eine specielle Form der primäre Verrücktheit; *Arch. für Psychiatrie*, 1868-69, Bd. I, p. 387. [In realtà il Sander, descrivendo la sua " forma primaria di Verrücktheit „, non intendeva parlare dei degenerati che il Ballet riunisce qui sotto la vaga ed empirica qualifica di " perseguitati persecutori „, bensì di un gruppo speciale di individui profondamente intaccati da labe ereditaria, in cui la paranoia, con tutto il corredo dei suoi concetti deliranti e delle sue stranezze di condotta, si svolge fino dalla fanciullezza e dal periodo prepubere, essendo, per così dire, immedesimata nello sviluppo stesso della personalità. La " malattia del Sander „ è quella che più avanti trovasi descritta dal Ballet nel capitolo dei " Delirii dei degenerati „ come subvarietà dei " delirii sistematizzati cronici „ (veggasi in fine della pag. 1200 dell'ediz. franc., e nel capitolo seg. di questo volume dell'edizione italiana). Io, ad ogni modo, ben volentieri accetto la svista storica del Ballet, perchè mi ha permesso di unire in questa traduzione, come faccio da lungo tempo nel mio insegnamento clinico, tutte le manifestazioni aberranti, abortive e analoghe della costituzione psicopatica paranoica sotto una sola comune designazione, che fu appunto da me qui posta in testa del capitolo: *Paranoia originaria semplice espansiva*, per lo più *eccentrica*, che è quanto dire " persecutrice „. Dal che si vede come il delirio attivo di persecuzione, o persecutorio-persecutivo dei francesi, diventi soltanto una sindrome d'uno stato psicosico assai più complesso, e però sia da considerarsi in modo più sintetico di quanto essi facciano sulla guida della pura semejotica (E. Morselli)].

Queste riserve sono necessarie, dal momento che si vogliono riunire sotto un solo gruppo e in vista di una semplice sindrome, alienati d'indole diversa. È non pertanto esatto quanto affermano il Ballet ed altri psichiatri francesi, che i persecutori ragionanti del gruppo tipico espansivo originario non hanno disturbi psicosensoriali (E. M.)].

Nei persecutori ragionanti, finalmente, il delirio non ha un decorso regolare e non procede per gradi, come nel delirio di persecuzione sistematica della paranoia tardiva: esso non cambia per tutta la vita dell'ammalato, nè di natura nè di forma; però pare tenda cogli anni ad allargarsi. Così il persecutore querelante, ad esempio, dapprima preoccupato dal solo suo interesse, arriva a patrocinare la causa di tutta l'umanità, a proclamarsi il sostegno degli oppressi, il difensore della giustizia e del diritto: si tratta di un delirio con tendenza ad *estendersi*, ma non a *cambiare*. [E così si vede chiaro che i fenomeni si equivalgono sempre: alla fase persecutoria succede quella megalomaniaca. Anche in altre varietà di paranoia originaria in atteggiamento aggressivo si trova la stessa relazione dei due delirii paranoici fondamentali: del persecutorio, cioè, e del grandioso. È costantemente il medesimo egocentrismo, salvo che le idee deliranti restano più scolorite. Nei tardivi si avrebbe, insomma, una coordinazione o sistemazione completa ed evoluta; negli originarii, una imperfetta ed abortiva. E questa divergenza nascerebbe evidentemente, come già fu detto e come ripeteremo, dalla diversa quantità di energie mentali disponibili nei due gruppi di deliranti (E. M.)].

Un'altra interessante particolarità è costituita dalla disposizione che codesti paranoici hanno agli accidenti apoplettici da emorragia cerebrale. È noto che all'autopsia del celebre *Sandon*, Liouville trovò parecchi focolai emorragici, alcuni dei quali recenti, ed altri antichi. Questo fatto basterebbe da solo a provare che, non ostante alcune apparenze grossolane tali da trarre in errore, i perseguitati persecutori sono veramente dei soggetti anomali ed ammalati.

C. — **Anomalie dell'emotività e della volontà.**

SINONIMIA: Monomanie di ESQUIROL; [Pazzia parziale di ideazione (MAUDSLEY)]; Ossessioni ed impulsioni — Sindromi episodiche o stigmate psichiche della degenerazione (MAGNAN); Paranoia rudimentale ([ARNDT], MORSELLI); *Zwangs-Vorstellungen* [e *Zwangshandlungen*] dei Tedeschi (1); [*Imperative ideas*, ingl.; Pazzia neurastenica (KRAEPELIN, KIRCHHOFF, SCHOLZ); Forme psichiche di degenerazione sulla base neurastenica: Neuropsicosi astenica degenerativa (KRAFFT-EBING, V^a edizione); *Abortive Verrücktheit* (WESTPHAL); Pazzia con idee fisse, incoercibili (BUCCOLA, TAMBURINI); Follia ereditaria semplice (SCHÜLE, III^a edizione); Psiconeurastenia degenerativa impulsiva ed emotiva (BECHTEREW); *Psychosis ideo-obsessiva* (KORSAKOFF) (E. M.)].

Le anomalie del carattere e della condotta, che abbiamo descritto, suppongono, alcune almeno, un disturbo dell'emotività e della volontà. Così, non considerandole che dal punto di vista psicologico, esse dovrebbero venire studiate in questo capitolo: chè, se non lo facciamo, ciò dipende dal fatto che, clinicamente, esse hanno una fisionomia abbastanza diversa da quelle che ci proponiamo ora di studiare. La divisione che noi facciamo delle anomalie psichiche dei degenerati è, fino ad un certo punto (e ci affrettiamo a confessarlo), alquanto artificiale; essa tende soltanto a mettere in rilievo la funzione che

---

(1) Cfr. WESTPHAL, Ueber Zwangs-Vorstellungen; *Berl. klin. Wochensch.*, n. 26, p. 669 e seguenti.

sembra più colpita in ciascuna categoria di disturbi. Quei disturbi che noi crediamo dovuti specialmente ad un disordine dell'emotività e della volontà, consistono in fissazioni (*obsessions*), in idee fisse, in impulsi più o meno irresistibili, in una difficoltà od anche nell'impossibilità di eseguire determinati atti volontarii. Essi furono chiamati " monomanie „ (Esquirol), " delirio emotivo „ (Morel), " stimmate psichiche della degenerazione „ (Magnan), " paranoia rudimentale „ (Morselli) (*a*), " neurastenie „ (Régis), o " psicastenie „ [Benedikt] (*b*).

[*Natura costituzionale e caratteri comuni di tutte le fissazioni*]. — Numerose e variabili nella loro fisionomia, queste anomalie costituiscono le varie manifestazioni episodiche di uno stato mentale permanente e duraturo, [vale a dire costituzionale (E. M.)], che è il fondo comune sul quale si innestano e che esse medesime pongono in evidenza. Obiettivamente, cotale stato è caratterizzato dall'indecisione dello spirito; da una tendenza al dubbio, agli scrupoli esagerati e senza fondamento, o ad apprensioni istintive ed irragionevoli; da una specie di debolezza della volontà, che rende gli ammalati incapaci a resistere a certi impulsi, oppure a decidersi ed a compiere certi atti fra i più comuni e semplici dell'esistenza. Psicologicamente, pare sia dovuto ad una diminuzione della facoltà, che noi abbiamo di sintetizzare le nostre varie impresssioni ed i nostri ricordi per compiere quegli atti coordinati e voluti, che costituiscono la regolare manifestazione della nostra attività mentale. Siffatta diminuzione della sintesi psichica produce la più completa emancipazione dei fenomeni automatici, fra i quali debbono annoverarsi per l'appunto le manifestazioni psico-asteniche (1).

L'esistenza di tale fondo mentale, che sempre si discopre sotto la varia

---

(*a*) [Il primo che in Italia parlò di queste psicosi fu il Buccola, nella *Riv. sper. di Fren.*, 1880. L'insigne giovane applicava alla patogenesi delle " idee fisse „ la dottrina psicologica dell'associazione, ammettendo che per la morbosa intensità, dovuta all'eccitamento degli apparecchi psichici centrali, esse non permettano più, se non parzialmente, i processi associativi, e attraggano su di sè, fino al massimo limite di concentramento, l'attenzione del paziente. Egli considerava poi, col Westphal, l'affezione delle idee fisse come " delirii sistematizzati abortivi „ (*abortive Wahnideen*): concetto questo, che in seguito Arndt ed io abbiamo ripreso, dando alla psicosi il nome di *paranoia rudimentaria*. Veggansi le seguenti mie pubblicazioni: Saggio di classificazione delle Malattie mentali, 1883, e Manuale Sem. Mal. ment., vol. 1, 1885; Paranoia rudimentale impulsiva d'origine neurastenica; *Riv. sper. di Fren.*, XI, 1885, p. 494; Sulla pazzia per idee fisse e sulla paranoia rudim. d'origine neurastenica; *Congr. medico italiano di Pavia*, 1887, ivi, XIII, p. 218; Sulla dismorfofobia, ecc., in *Boll. R. Accademia medica di Genova*, VI, 1891; e *Rif. medica*, agosto 1891; Manuale di Semejotica, vol. II, 1894-95, pp. 438, 645, 656 (E. Morselli)].

(*b*) [Il Benedikt (*Atti del I° Congr. intern. di Antrop. crim.*, Roma 1887) veramente designò come " psicastenici „ i criminali-nati; ma si può accettare tale definizione come esprimente quello stato di debolezza mentale, sul quale si svolgono le idee coatte e le impulsive (E. M.)].

(1) Si consultino su questo argomento: Pietro Janet, *a*) Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes; *Rev. philosophique*, 1891, pp. 258 e 382; *b*) Les stigmates mentaux de l'hystérie; *Biblioth. Charcot-Debove*; *c*) Histoire d'une idée fixe; *Rev. philosophique*, febbraio 1894. [Fu, però, il professore Tamburini quegli che per primo trasportò il fondamento della pazzia delle idee fisse dal campo associativo (come lo intendeva il Buccola, e come ancora io, Tanzi ed altri alienisti italiani lo intendiamo), al campo volitivo (Cfr. la di lui memoria: Sulla pazzia del dubbio, ecc., e sulle idee fisse ed impulsive; *Riv. sper. di Fren.*, IX, 1883, pp. 74 e 297). In tutti questi casi, egli dice, " si ha, da un lato, uno sviluppo anormalmente intenso e circoscritto del processo d'ideazione; dall'altro, una debilitazione, una dissoluzione dell'attività volontaria „. Però, sulla scorta dei noti studii di Ribot (Les maladies de la volonté, 1883), Tamburini propende a diminuire l'influenza dell'anomalia ideativa e a dare la massima importanza all'abulia, che elegantemente chiama demenza della volontà. I " dementi volitivi „ sarebbero i candidati naturali e quasi fatali alla malattia delle *idee fisse* nelle varie sue forme, e specialmente nella sua forma più grave che è quella delle *idee impulsive* o impulsioni morbose (E. M.)].

fenomenologia clinica (fissazioni, fobie, impulsi, abulie), basta a dimostrare che il concetto delle monomanie, quale l'intendeva Esquirol, non è più ammissibile. La follia del dubbio, l'agorafobia, la dipsomania, la monomania omicida, ecc., non costituiscono delle entità morbose a sè. Già J. P. Falret si era con ragione levato contro l'errore degli autori, che ritenevano queste pretese monomanie quali disturbi parziali indipendenti da un'alterazione generale della mente. Tutti gli autori, che vennero dopo Falret, ne confermarono pienamente le idee: le monomanie, intese nello stretto senso che pel passato si attribuiva a questa parola, debbono assolutamente scomparire dal quadro nosologico. Ciò che maggiormente dimostra come esse non siano altro che la manifestazione esterna di un disturbo mentale generale, si è che parecchie di esse possono succedersi od associarsi, colle più diverse combinazioni, nello stesso ammalato. [Giustamente il Tanzi designò questa predisposizione mentale degli individui affetti da idee fisse, da impulsioni e fobie, col nome di *diatesi di incoercibilità psichica* (*a*) (E. M.)]. Perciò noi non dobbiamo ritenere le divisioni che ne faremo nel descriverle, se non come un mezzo comodo e necessario per meglio far rilevare i caratteri di ciascuna di esse, e terremo pur sempre presente che hanno, tutte, l'una coll'altra stretti rapporti.

Prima di cominciarne la descrizione, sarà bene esporne i caratteri comuni, [i quali vennero assai bene sintetizzati dal Magnan in uno specchietto, che qui riporto con qualche modificazione:

a. { α, Ossessione / β, Impulsività } γ, Irresistibilità;

b. { δ, Angoscia concomitante; / ε, Sentimento di sollievo consecutivo alla soluzione del dubbio, all'esecuzione dell'atto, ecc.;

c. ζ, Coscienza dello stato morboso.

Quello della consapevolezza del proprio stato morboso è la caratteristica di tutte le fissazioni, siano intellettive o emotive o impulsive (E. M.)]. Esse costituiscono sempre delle manifestazioni *coscienti* (*b*). " Gli ammalati, dice Falret (1), hanno perfetta conoscenza del loro stato, riconoscono la natura patologica dei fenomeni cui vanno soggetti, ma non riescono a liberarsene. Queste idee, queste emozioni, o questi impulsi dominano tutta la loro esistenza. Lottano energicamente contro di esse, cercano di scacciarle o di combatterle; ma esse loro si impongono, loro malgrado, tanto da renderli incapaci di qualsiasi altra preoccupazione ".

Le fissazioni si accompagnano poi sempre ad *angoscia*, la quale consiste in un senso di sofferenza morale più o meno viva, concomitata spesso da un

(*a*) Cfr. Tanzi, in *Archivio ital. per le mal. nerv. e mentali*, anno 1891.

(*b*) [Il " sempre " del testo non va accettato in senso assoluto. Si è detto, è vero, che la consapevolezza dello stato morboso bastava a distinguere l'idea fissa dal delirio. Ma vi sono deliranti, persino paranoici, che sono conscii della morbosità delle loro idee, come vi sono individui afflitti da fissazioni i quali finiscono col perdere la coscienza di essere ammalati, e annettono un significato di realtà al dubbio stravagante, alla paura assurda, od all'impulso ridicolo che li tormenta. È opportuno rilevare che la sindrome della " fissazione " si può presentare, come ogni altra sindrome di degenerazione, ad esempio come il pervertimento morale, la persecuzione attiva, ecc., nel decorso di non poche vesanie semplici, soprattutto nella melanconia. Vero è che, in codesti casi, non è esclusa l'esistenza della labe, che spiegherebbe l'apparire di sintomi degenerativi anche al difuori dello stato di schietta psicosi da degenerazione (E. M.)].

(1) J. Falret, Congresso [internaz.] di psichiatria di Parigi del 1889, p. 33.

senso molesto di costrizione nella regione precordiale od al collo, e, qualche volta, da cardiopalmo e da sudori al viso. L'angoscia è dovuta alla lotta fra la fissazione morbosa e la volontà impotente a cacciare l'idea fissa, a dissipare i timori, ad ostacolare gli impulsi; ma cessa, per lasciare il posto ad un senso di sollievo e di soddisfazione, non appena, l'idea fissa od il timore sono scacciati, o quando l'atto impulsivo è compiuto.

In questa lotta, la volontà impotente ha bisogno di aiuto e ricorre a procedimenti diversi. Ed ecco come avviene che un'affermazione categorica emessa da un altro può risolvere un dubbio; che la presenza di una persona od anche soltanto di un oggetto (vettura, bastone) aiuta a vincere la paura dell'ammalato nell'attraversare uno spazio; che incoraggiamenti ben diretti permettono di sopraffare l'abulia; e che distrazioni bene appropriate bastano talora a fare scomparire momentaneamente un impulso.

[In molti casi, la liberazione dall'idea fissa dubitativa, dall'emozione penosa, dall'impulso ad un atto, è ottenuta dal paziente mediante l'evocazione di determinate altre idee, o d'immagini di altri atti: idee ed immagini, che sono per lo più in antagonismo fittizio o convenzionale con quelle che formano il nucleo del fenomeno morboso. Gli uni evocano, ad esempio, contro il fatale *numero* 13 l'immagine del fausto *numero* 20; altri cerca di richiamare un dato pensiero che potè talune volte servirgli per scacciare l'idea fissa; vi è chi pronuncia parole e frasi particolari, cui dà il valore di formule magiche; vi è chi scaglia contro la fissazione invadente qualche giaculatoria o bestemmia; vi è pure chi esegue atti i più bizzarri e stravaganti. Insomma, col fatto morboso della fissazione si collegano tutte le manifestazioni inferiori dell'intelligenza umana, la credenza nella cabala, le superstizioni, il feticismo grossolano, conforme a a quanto avviene, del resto, in tutte le vesanie degenerative paranoiche. Ebbe, dunque, ragione il Tanzi nel vedere in queste sindromi un regresso atavistico della mente umana (E. Morselli)].

Finalmente, le fissazioni, gli impulsi e le paure sono *irresistibili*, [o *incoercibili*, o *coatte*], nel senso che lo spirito è impotente a scorgerne l'inanità, il frivolo fondamento od il pericolo, per porvi rimedio: esso invece le subisce passivamente, e suo malgrado.

[*Classificazione*]. — Lo studio descrittivo delle fissazioni od " ossessioni " (e prendiamo questa parola nel senso più generale) impone una classificazione. La più razionale sarebbe quella fondata sulla fisiologia patologica, cioè sulla psicologia. Ma una classificazione patogenetica delle idee incoercibili presenta serie difficoltà: converrebbe che fossero già risolte alcune questioni di psicologia tuttora controverse. Perciò a noi sembra preferibile adottare una divisione prettamente clinica, fondata sui caratteri obiettivi più manifesti in ciascuna di tali sindromi.

Partendo da questo concetto psicologico G. Falret ammette tre categorie di fissazioni (*obsessions*): le intellettuali, le emotive, le istintive, a seconda che si tratta di un'idea fissa, di una paura, o di un impulso irresistibile. Ma questa suddivisione ricorda l'antica classificazione delle " monomanie " accettata da Esquirol, Marcé, ecc. Ove la si prendesse proprio nel suo senso più stretto, le si potrebbe rimproverare la separazione di cose non in tutto separabili; giacchè in ciascuna varietà di fissazione, a lato di un elemento intellettuale ne troviamo uno emozionale ed uno motore, che tendono a provocare (*impulso*) o ad ostacolare [e ad inibire] (*abulia*) un movimento od una serie di movimenti. Di fatti, come già vedemmo, ogni fissazione, intellettuale o d'altra natura,

si accompagna ad angoscia, il che vuol dire che in tutte entra un elemento emozionale. D'altra parte, come giustamente fa notare Régis, le fobie o fissazioni emotive, l'agorafobia ad esempio, sono quasi sempre accompagnate da una idea fissa d'impotenza motrice. Finalmente, le fissazioni intellettuali sono, nella maggior parte dei casi, inseparabili dalle impulsive o da quelle determinate da impotenza della volontà. " Il maggior numero delle volte, dice Schüle, gli atti impulsivi sono il risultato psicologico dell'idea fissa, e non ne costituiscono che la regolare attuazione „. Sappiamo, inoltre, come certe fissazioni, che passano per intellettuali, quale la follia del dubbio, si complichino a movimenti dovuti ad impotenza della volontà (Raymond ed Arnaud) (1). [Del resto, che cosa è un pensiero, una " idea „, se non la formulazione interna di parole; il che vuol dire, la evocazione di date imagini o percezioni psicomotrici? (*a*). Si è pur chiesto se data la esistenza di questi fenomeni di eccitamento isolato o autonomo nelle tre sfere dell'ideazione, dell'emotività e della volontà, non possano aversene di consimili anche nella sfera percettiva: in altri termini, se possano presentarsi delle *fissazioni allucinatorie* e delle *allucinazioni fisse* (*ossessive*). Il Séglas ha risolto il quesito affermativamente (*b*), mostrando che si hanno ambedue queste evenienze: nel primo caso però le allucinazioni sono provocate dall'idea fissa, e solo nel secondo avrebbero una esistenza indipendente e tutti i caratteri soliti delle altre fissazioni. Del resto, le allucinazioni verbo-motrici sono frequenti presso tutti questi degenerati o neurastenici. Altra osservazione da farsi è quella che l'allucinazione, ad ogni modo, non avrebbe carattere ossessivo, se non fosse accompagnata da uno stato emotivo penoso, e dalla rappresentazione di un pericolo (E. M.)]. Si vede quindi che non vi ha distinzione fondamentale fra le tre categorie di fissazioni, che abbiamo indicate.

Pertanto, onde meglio chiarire i concetti e facilitare la descrizione delle fissazioni, è necessario farne una classificazione. Così il Régis, che riferisce tutte le varietà di ossessione ad un disturbo di volontà, al pari del nostro Tamburini, propone di ridurle a due soli gruppi: 1° *ossessioni impulsive*, in cui la volontà è lesa nella sua forza di arresto o inibitoria (suddivise in fissazioni-indecisioni, fissazioni-paure, fissazioni-tendenze); 2° *ossessioni abuliche*, in cui la volontà è lesa nella sua energia generale di attività. Il Séglas vorrebbe aggiungere un terzo gruppo di ossessioni, quelle relative a fenomeni di sensibilità generale o speciale, cioè le *allucinatorie*, che sono però rarissime e ancora poco studiate (*c*) (E. Morselli)]. Noi, invece, adotteremo una classificazione che, senza riprodurre i termini, già un po' invecchiati, di quella di Falret, pure le si avvicina

---

(1) Raymond et Arnaud, Sur certaines cas d'aboulie; *Ann. médico-psychologiques*, 1892, vol. II, pag. 79.

(*a*) Credo di essere stato il primo a mettere in rilievo l'importanza del linguaggio interno nella psicologia patologica dell'idea fissa (Man. Semej. Mal. ment., II, § 93, p. 438). L'elemento endofasico, che più spesso va soggetto ad eccitamento morboso, essendo il verbo-motorio, si comprende come, anche ammessa l'origine autoctona dell'emozione penosa che sorgendo dall'incosciente costituisce il nucleo primordiale del fenomeno idea fissa, questa nasca per una sollecita associazione di qualche rappresentazione verbale al fatto emotivo. Il sentimento di ansietà o di paura non può, in regola generale, restare indefinito; ed ecco perchè gli si associa quasi sempre l'idea di un dubbio o di un pericolo. Tuttavia, vi sono casi in cui l'ansietà e la paura rimangono vaghe e in cui l'emozione manca, per lo meno, di un preciso e nettamente formulato carattere rappresentativo. Così avviene quando l'ammalato ha *paura d'aver paura!* (E. Morselli).

(*b*) Cfr. Séglas, in *Arch. de Neurologie*, 1892.

(*c*) Cfr. Régis, Manuel prat. de Med. ment., IIª ediz., 1892, pp. 257-296; Séglas, Des obsessions; *Journ. de Méd. et Chir. prat.*, 25 febbraio 1894.

di molto. Come questa, essa mette in rilievo i caratteri clinici predominanti in ciascun gruppo.

Prima fra tutte, descriveremo la *follia del dubbio*, che corrisponde alle " fissazioni di indecisione „ del Régis; poi le *fobie*, o paure morbose, corrispondenti alle " fissazioni emotive „ di J. Falret; in seguito, gli *impulsi*, che determinano ad atti; e, finalmente, le *abulie* [che ne inibiscono altri]. E invero una descrizione a parte dei disturbi determinati dall'impotenza della volontà è necessaria. Benchè tali disturbi ordinariamente si accompagnino agli altri in più o meno larga maniera, pure talvolta hanno una parte talmente preponderante nel quadro clinico presentato dall'ammalato, che non li si possono considerare come semplici sintomi accessori.

Notiamo, inoltre, che certe fissazioni, alle quali nella patologia si diede un nome derivato dal loro carattere clinico più spiccato, debbono, a seconda della modalità clinica che presentano, essere ora classificate in una, ed ora in altra delle precedenti categorie. Tale è il caso della onomatomania (fissazione sulle parole) che ha della follìa del dubbio (indecisione) quando consiste nella ricerca angosciosa di una parola [" ossessioni verbali „], ed è anche di natura impulsiva quando spinge l'ammalato a ripeterla automaticamente [" impulsioni verbali „]. Noi non scinderemo la descrizione di questa sindrome, e la descriveremo fra gli atti impulsivi.

Finalmente, faremo uno studio separato delle *aberrazioni del senso genesico*, che hanno grande parte nella patologia della degenerazione e non potrebbero con ragionevolezza essere ripartite fra i gruppi che abbiamo indicato.

[Volendo poi attenerci al criterio che ha guidato il Ballet nel redigere questo capitolo del suo libro sulle Psicosi, potremo riunire la follia del dubbio e le fobie sotto una sola rubrica, considerandole propriamente come " anomalie dell'emotività „, e le impulsioni ed abulie sotto altra rubrica che diremo " anomalie della volontà „ (*a*). Quanto alla psicopatia sessuale originaria degenerativa, il suo contenuto speciale impone, davvero, di descriverla a parte, sebbene in fondo ogni aberrazione dell'istinto genesico abbia per compagna indivisibile un'emozione di ansietà ove non sia soddisfatta in quella data maniera, e così si riduca, essa pure, ad un'anomalia emotiva.

I. Anomalie degenerative dell'emotività (*Paranoesie costituzionali coatte*) (*b*). — Il nome comune attribuito a tali anomalie, che sarebbe quello di *pazzia delle idee fisse*, e il fatto, che quasi nessuna paura morbosa è dissociata da un elemento rappresentativo, giustificano la designazione di *paranoia rudimentaria*, sotto la quale qui riuniremo la follia del dubbio e le fobie: quella, riguardandola come la sua varietà *ideativa*, in cui esiste disturbo del processo formale del pensiero; queste, reputandole come la sua varietà *emotiva*, in cui si avrebbe disturbo analogo, cioè formale, del sentimento generale (*c*). Il carat-

---

(*a*) In realtà le " abulie „ non dovrebbero neppure staccarsi dagli impulsi, perchè essenzialmente consistono in un *impulso negativo* (non moversi, non compiere un dato atto, non agire, ecc.). Anche il KAAN distingue solo: 1° le alterazioni formali del pensiero, o *idee fisse*; 2° l'eccitamento dei centri sensoriali, o *fobie;* 3° l'eccitamento dei centri psicomotori o *impulsi incoercibili* (Cfr. la Mem.: Der Neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellungen, ecc.; *Jahrbücher für Psychiat.*, Vienna 1892, vol. XI) (E. M.).

(*b*) Altre SINONIMIE: Idee fisse, in generale, BUCCOLA; *Obsessions*, MAGNAN e Franc.; Fissazioni, ital.; *Geistesstörung mit Zwangsvorstellungen*, Ted.; Paranoia abortiva, WESTPHAL, o rudimentale pr. detta; Pazzia delle idee fisse (E. M.).

(*c*) Cfr. ARNDT, Lehrb. d. Psychiatrie, 1883, pp. 277 e 534 seg. — Io ho adottata la nomencla-

tere comune a queste sindromi della degenerazione (non escluse le impulsioni, le abulie, le perversioni sessuali) è sempre un certo senso penoso, or di ansietà, ora di paura, ora di bisogno insoddisfatto, nel quale e pel quale si rende palese il fondamentale perturbamento della cenestesi (E. MORSELLI)].

1° [PARANOIA RUDIMENTARIA, Var. IDEATIVA (*Paranoia indagatoria e interrogatoria* (Arndt) (E. M.)] (*Follia del dubbio*, franc.; *Grübelsucht*, dei Tedeschi). — Il complesso sintomatico che, al presente, passa sotto il nome di *follia del dubbio* fu descritto per la prima volta da Giulio Falret nel 1866 (1). Prima di lui era già stato notato, ma non descritto come si richiedeva. Esquirol e, dopo lui, Trélat, Falret padre, Baillarger, Delasiauve, Marcé, Lasègue ne avevano osservato dei casi; Morel (2) nella sua Memoria sul delirio emotivo ne illustrava poi qualche esempio, e Griesinger (3) nel 1868 ne comunicava parecchi altri alla Società [di psichiatria e neuropatologia] di Berlino. Nel 1875 Legrand du Saulle (4) pubblicò un'importante monografia sull'argomento, e, dopo di essa, vennero alla luce quelle di O. Berger (5) e di Ritti (6). [In Italia si segnalarono i lavori di Buccola e Tamburini].

Siccome la follia del dubbio spesso si accompagna alla paura di certi contatti, in Francia la si chiama *follia del dubbio con delirio di contatto* (a). Legrand du Saulle, che, a torto, considerava questa sindrome come una malattia a sè contrariamente alle nostre odierne conoscenze, ne aveva descritto un decorso ed un'evoluzione presso a poco costanti. Secondo lui, la malattia percorreva stadii regolari, e la comparsa del delirio di contatto segnava l'inizio del secondo periodo dell'affezione. Al presente, non si possono più considerare i fatti in tal modo. Il delirio del contatto costituisce una sindrome a sè, che spesso indubbiamente si accompagna alla follia del dubbio, ma che [altre molte volte ne è staccato] e ne deve essere descritto a parte.

La follia del dubbio, [o paranoia rudimentale interrogatoria], consiste in una disposizione morbosa della mente, che la trascina a farsi continuamente delle domande, [dei problemi più o meno astratti], e a cercarne una risposta [od una soluzione], quando anche e domande e problemi restino per loro natura insolubili. Pochi esempii serviranno, meglio di qualsiasi descrizione, per chiarire la natura di questa [vera paranoia *indagatoria*, la quale rispetto alla coscienza dell'ammalato assume per lo più la forma *interrogatoria* (E. M.)].

Ho ora in cura una signora di quarantadue anni, la quale è tormentata, dice, dal bisogno incessante di « penetrare nella natura delle cose ». Tutti gli oggetti che le cadono sott'occhio o la cui immagine le si affaccia alla mente, provocano in lei delle questioni vane ed il più

---

tura dell'egregio professore di Greifswald, sebbene ostica a moltissimi, perchè sotto le parvenze di una semplice questione di nomi, niuno ha saputo prima e meglio di lui sintetizzare loro mercè la vera posizione nosologica di tutte queste psicosi degenerative. Avverto, però, che mi appartiene la distinzione della paranoia rudimentale nelle tre varietà psicopatologiche che io designo: *ideativa*, *emotiva* e *impulsiva* (E. M.).

(1) J. FALRET, De la folie raisonnante ou folie morale; *Soc. médico-psychol.*, gennaio 1866.

(2) MOREL, Du délire émotif; *Arch. génér. de Méd.*, 1866.

(3) GRIESINGER, Ueber einen wenig bekannten psychopatischen Zustand; *Arch. für Psychiatrie*, 1868-69.

(4) LEGRAND DU SAULLE, La folie du doute avec délire du toucher, Parigi 1875.

(5) O. BERGER, Die Grübelsucht; *Arch. f. Psych.*, 1876.

(6) A. RITTI, De la folie du doute avec délire du toucher; *Gaz. hébd.*, 1877, e art. " FOLIE DU DOUTE „; *Dict. encyclop. des Sciences méd.*

(a) [Sotto questo nome fu introdotta anche in Italia dal TAMBURINI, che ne descrisse un caso clinicamente importante nella sua Mem. già citata: Sulla pazzia del dubbio, ecc. (misofobia, rupofobia, ecc.) e sulle idee fisse ed impulsive; *Riv. Fren.*, 1883 (E. M.)].

sovente insolubili, alle quali non può assolutamente sottrarsi. — Vede una matita? Ed eccola chiedersi subito: perchè è di legno e non di ferro? perchè è più lunga che larga? perchè è su questo tavolo e non in altro luogo? ecc. — Vede la cuffia che copre il capo della sua cameriera? E subito delle domande altrettanto strane, analoghe alle precedenti, si presentano alla sua mente: perchè la cuffia ha quella forma piuttosto che un'altra? perchè è in tulle? perchè la cameriera porta una cuffia piuttosto che un cappello? ecc. ecc.

Questa " tortura del perchè „, come spiritosamente la chiama G. Falret, dura tutto il giorno, dal mattino alla sera, senza tregua. Uno dei casi descritti da Griesinger offre una grande somiglianza col precedente.

Il caso si riferisce ad un giovane impiegato in un Ospedale. Non appena la sua mente restava libera dalle sue consuete occupazioni, tosto l'invadevano una folla di *perchè* e di *come* da cui era perseguitato. Donde viene la terra? donde vengono i vermi? quale è l'origine della creazione? da chi è stato creato il Creatore? di dove sorgono le stelle? quale è l'origine del linguaggio? perchè furono creati l'uomo e la donna? quale sarà l'ultimo termine della struttura del corpo? della creazione degli esseri? dell'esistenza dell'uomo?

Si tratta, come diceva Legrand du Saulle, di una specie di ruminazione psicologica, essenzialmente con carattere di assedio continuo della mente, [con ritorno incoercibile e monotono dello stesso pensiero]. La natura delle domande che gli ammalati rivolgono a se stessi, è quella del *dubbio* più o meno generale che esse determinano continuamente, ed è molto diversa secondo i casi. Le varietà che vennero descritte dai singoli autori, non hanno che un'importanza secondaria ed un interesse semplicemente nosografico.

Così si descrissero dei casi di *dubbio metafisico* (" *douteurs* métaphysiciens „), quando gli individui si propongono quesiti sull'essenza delle cose, su Dio, sulla Vergine, sull'origine e sul perchè della creazione, [sull'origine della parola, ecc.]; dei casi di *dubbio realista* (" *douteurs* réalistes „), quando le questioni mentali più comuni si riferiscono alla ragione di essere degli organi genitali, del colore dei capelli e della barba, della differenza di sesso. [A costoro rimangono affini quelli che si fanno quesiti pseudo-scientifici: perchè la terra non è assorbita tutta dal mare? perchè l'acqua bagna? perchè gli oggetti, urtandosi, fanno rumore? ecc. (E. M.)].

Ve ne sono altri (" *douteurs* scrupuleux „), nei quali il dubbio assume la forma di *scrupolo*. Essi si domandano se hanno fatto regolarmente la loro prima comunione, se in una od in un'altra circostanza non hanno commesso un peccato od un sacrilegio, se non hanno dimenticato di dire al confessore qualche peccato, se non hanno mai perduto di rispetto ai loro genitori. [Alcuni si chiedono, con raccapriccio, se non abbiano la responsabilità di qualche sciagura toccata alla loro famiglia, o della morte di una persona cara, quale sarebbe la madre, una sorella, ecc. In tal caso, per lo più si tratta della reminiscenza di una lieve circostanza di fatto (aver lasciata aperta una finestra in una serata umida, non aver puntualmente eseguiti gli ordini del medico, ecc.), alla cui rievocazione l'ammalato prova il tipico senso di penosissima angoscia, con piena consapevolezza della stravaganza od erroneità dell'idea. Ma in generale la malattia degli scrupoli riguarda pensieri, atti ed ommissioni di natura religiosa (*a*) (E. M.)]. Riporto il brano di una lettera scrittami da un semi-

(*a*) Recentemente il Bonfigli, studiando con molto acume un caso di demonopatia (*Riv. sper. di Fren.*, XX, 3°-4°, p. 341), lo ha interpretato come una pazzia da idee fisse, o, meglio, una *paranoia rudimentaria*. Ma ci sembra che egli esageri il valore di questa sua interpretazione, quando la applica su troppo larga scala ai delirii demoniaci delle grandi epidemie coreiche, istero-epilettiche, estatiche, convulsionarie del medio evo e del secolo XVII, non che alle sètte religiose e politico-sociali (E. M.).

narista di 24 anni, ed essa ci darà un'idea chiara dell'essenza di tale dubbio scrupoloso.

« I primi indizi dello scrupolo, mi dice, li osservai pochi mesi dopo la mia entrata in Seminario. Mi inquietavo forse troppo dei falli passati, e da quest'epoca ero ogni tanto disturbato da pensieri e da fatti contrari alla modestia ed alla castità; io davo troppa importanza a certi movimenti naturali. Ma si fu proprio dal gennaio 1890 che gli *scrupoli* si impadronirono di me. Mi inquietavo spessissimo per delle cose di minima importanza, e sovente mi recavo dal confessore affinchè mi togliesse d'impaccio. Dopo la confessione, interrogavo di bel nuovo me stesso, e sempre mi sembrava di non aver esposto bene le cose, di avere omesso i particolari, e che il mio confessore non mi avesse capito bene. E così mi recavo più volte da lui pella stessa cosa, fino a cinque, sei volte ed anche più. Io badavo troppo alla moralità dei miei pensieri e dei miei atti, invece di attenermi alle regole generali dettatemi dal mio confessore. Per più giorni andai a trovarlo tre o quattro volte al giorno in media. Questi scrupoli prendevano di preferenza una determinata direzione, ad esempio : pensieri contrari alla fede ed alla castità, voti che io credeva fare ogni momento, l'integrità della confessione, il digiuno eucaristico, talvolta invece ogni specie di cose. Fui per lungo tempo e frequentemente disturbato dopo le mie comunioni, perchè credevo di profanare le particelle dell'ostia consacrata tossendo od asciugandomi le labbra, ecc.

« In sul principio io aveva uno scrupolo ben definito; dopo poco tempo ebbi sempre presente alla mente parecchie difficoltà nello stesso tempo. Ho passato spesso dei giorni quasi interi tormentato da questo disturbo, tentando sempre di liberarmene senza riuscirvi. I consigli del mio confessore non bastavano per liberarmi completamente. Io li discuteva, aveva timore di comprenderli male, e faceva mille eccezioni alle regole che egli mi dava ».

Nello stesso ordine di idee, vediamo degli ammalati che vivono nella continua apprensione di commettere un'*azione biasimevole*. Féré (1) osservò il caso di una donna, che finì col non poter più vivere senza tenere la bocca ed il naso continuamente otturati da una pezzuola destinata ad impedire che le particelle di ostia consacrata, che potevano volitare nell'atmosfera, penetrassero nel suo corpo nei momenti in cui non era purificata dalla confessione. [È evidente, però, che qui abbiamo un dubbio così illogico ed assurdo, che il caso del Féré costituisce, al pari di moltissimi altri consimili, il passaggio dalla paranoia rudimentaria alla paranoia vera e propria, in altri termini dall'idea fissa al delirio. Noto, anzi, che questi dubbii ansiosi e coscienti di aver commesso o di poter commettere atti biasimevoli, spesseggiano nella melancolia; ed ecco altra transizione dalle psicosi degenerative alle vesanie tipiche semplici (E. M.)].

Altri non sono mai sicuri d'aver *fatto bene ciò che hanno fatto:* uno riaprirà tre e quattro volte di seguito una lettera appena chiusa per assicurarsi di aver scritto bene quanto voleva scrivere; un altro, uscendo di casa, ritornerà indietro parecchie volte per vedere se ha chiuso bene la porta; un medico, dopo avere scritta e firmata una ricetta, la ridomanda al cliente parecchie volte per verificare se per avventura non si è sbagliato nella prescrizione delle dosi.

Insomma, emerge chiaro che il carattere fondamentale di questa sindrome è costituito dal dubbio, da un'incessante esitazione, dalla difficoltà di giungere alla certezza, sia che si tratti di una questione da risolvere o da trascurare, di uno scrupolo da dissipare, di un semplice convincimento a proposito di un atto insignificante. La mente, in perpetua tergiversazione, cerca spesso attorno a sè stessa un appoggio. E questa è la ragione, pella quale alcuni di questi individui affetti da follia del dubbio si sentono momentaneamente

(1) Ch. Féré, La Pathologie des émotions; Paris 1892, p. 415.

sollevati, quando trovano qualcuno che risponda alle domande ossessive che rivolgono a se stessi. È noto il caso curioso descritto da Baillarger.

Il signor X, ogni qualvolta incontrava una donna pella via, al teatro od in qualsiasi luogo pubblico, sentiva il bisogno imperioso di domandarsi se era o no bella. Un amico, che non l'abbandonava mai, si prendeva la briga di rispondere sempre a tale curiosa domanda. Per abitudine, in tutti i casi egli diceva che la donna non era bella; ed il signor X se ne contentava. Un giorno questo signore aveva già percorso quindici leghe in ferrovia: prima di partire aveva appena intravvista la distributrice addetta all'ufficio dei biglietti; ora, durante il viaggio egli si ricorda di non essersi rivolta l'abituale domanda riguardo a tale signora, e ne interpella subito il suo amico, il quale, stanco pel viaggio sonnecchiava in un angolo e, dimentico della sua missione, risponde, per mala ventura, di non averla veduta. Il signor X viene subito preso da una crisi di angoscia. Per calmarlo, si dovette spedire alla stazione di partenza un individuo affinchè esaminasse la signora: ed al ritorno questi affermò che era brutta.

La follia del dubbio, come la maggior parte delle sindromi episodiche, procede ad attacchi più o meno durevoli, lontani l'uno dall'altro o vicini. Può manifestarsi fin dall'infanzia, più spesso nella pubertà. In sul principio consiste per lo più soltanto in scrupoli od in esitanze riguardo alla legittimità delle azioni compiute; in seguito il dubbio si accentua ed assume la forma chiaramente interrogativa. In generale, diventa sempre più ossessivo e tenace quanto più avanzano gli anni e le crisi diventano antiche e numerose. Accade talvolta di osservare fra queste crisi delle intermittenze, che equivalgono ad una guarigione definitiva; ma ciò non accade di regola. La recidiva è pressochè fatale e si manifesta al minimo incidente morale, fisiologico o patologico. Le sofferenze determinate dall'aggravarsi dei sintomi sono talvolta tali che gli ammalati diventano cupi, melanconici, e giungono fino a pensare al suicidio, che però tentano soltanto di rado [e non compiono quasi mai].

2° [PARANOIA RUDIMENTARIA, Var. EMOTIVA (*a*) (*Neurasthenische Angstzustände*, ted.; *Paranoia rudim. anilis*, Arndt (E. M.)], *Fobie* [franc.]. — Le *fobie* consistono in timori istintivi irragionevoli, che assalgono gli ammalati in certe circostanze, in presenza di dati oggetti, al pensiero di certi possibili avvenimenti, e che, come tutte le sindromi episodiche, si accompagnano ad un senso di ansia più o meno vivo.

La natura di queste fobie varia infinitamente. Ogni giorno gli osservatori ne descrivono delle nuove varietà. Però, in fondo, qualunque sia la loro fisionomia, tutte rivelano lo stato mentale che loro serve di substrato, cioè l'*emotività* eccessiva degli individui che vi vanno soggetti. [Nonpertanto si potrebbero fare sei subvarietà di paranoia rudimentaria emotiva: 1° le paure relative al contatto od all'azione nociva possibile di oggetti materiali esterni (*pselafobie*); 2° quelle riguardanti i luoghi e le posizioni del corpo nello spazio (*topofobie*); 3° quelle svegliate dai rapporti di convivenza cogli altri uomini o cogli animali (*biofobie*); 4° quelle che concernono i possibili nocumenti indotti dalle forze naturali o dall'ambiente cosmotellurico (*periecofobie*); 5° quelle che si riferiscono a certe funzioni normali dell'organismo (*fisiofobie*); 6° infine, quelle relative a possibili malattie o lesioni disintegrative dell'organismo stesso (*patofobie*).

(*a*) Le fobie o paure morbose non apparterrebbero, strettamente parlando, ai disturbi dell'intelligenza o *disnoesie;* e però, invece che " paranoie „ dovrebbero chiamarsi *paratimie coatte.* Ma fa d'uopo uniformarsi all'uso, e già troppi, forse, sono i miei ardimenti d'innovazione nella nomenclatura di questa parte dell'Opera (E. M.).

Queste sono tutte fobie egoistiche, ma, strano a dirsi, esistono pur anco le altruistiche. Il Kahan, credo pel primo, ne ha parlato, ed io, che già ne avevo osservato qualche caso, le ho senz'altro separate dalle precedenti. A me pare, anzi, che le allucinazioni ossessive, di cui ha discorso il Séglas, si verifichino specialmente nel gruppo delle fobie a base di altruismo (E. Morselli)].

Noi descriveremo le varietà più comuni di fobie.

a] La *paura dei contatti* (*Delirio del toccare* [franc., *Paranoia rudim. tentabunda*, di Arndt (E. M.)]). — Descritta da J. Falret nel 1866 e da Morel (loc. cit.), venne segnalata prima di loro da varii autori, e specialmente da Parchappe. Per molto tempo fu considerata, come dicemmo, quale parte integrante del quadro sintomatico della follia del dubbio, il che, se è vero qualche volta, non per questo lo è sempre.

Il delirio dei contatti si caratterizza, nelle sue forme più semplici, per l'apprensione che l'ammalato prova nel toccare determinati oggetti, monete, pomi delle porte (*metallofobia*), spilli (*belenofobia*), oggetti a punta (*acmofobia*), pezzi di vetro o perle (*cristallofobia*), velluto, seta, peli o lanuggine delle frutta (*tricofobia*), sego, mastice, calce viva, ecc. Il caso descritto da Morel, concernente il custode della cattedrale di Rennes, il quale non potè mai impugnare la sua alabarda senza provare una crisi di angoscia, è divenuto classico. Quando gli individui soggetti a tali fobie sono costretti a toccare l'oggetto che loro ripugna, provano quel senso di grave malessere e di ansietà che accompagna tutte le fissazioni. Perciò essi evitano, per quanto possono, i contatti che loro riescono molesti, oppure ricorrono a mezzi strani per attenuarne gli effetti: così i metallofobi si avviluppano le mani nelle pieghe del loro abito o nella falda di esso quando si trovano nella necessità di aprire una porta o di muoverne un bottone; [il belenofobo, che teme inghiottire aghi caduti inavvertitamente nei cibi, travasa e passa al filtro il brodo della minestra, sminuzza in bricciole il pane, ecc.; il tricofobo, che aborre la peluria dei frutti, tiene le pesche con la forchetta o non le tocca senza avvolgere la sua mano col tovagliuolo; e così via via (E. M.)].

Ove non sia loro riuscito ad evitare il contatto, o se pure suppongono soltanto di averlo avuto, li si vedono *lavarsi subito le mani*, in qualsiasi momento della giornata, e talvolta per molto tempo [e reiteratamente, finchè nei casi gravi essi, letteralmente, tengono sempre le mani nell'acqua, o si sottopongono, come un mio infermo, a lavacri generali (E. M.)]. Essi sono spinti a ciò, non dal sentimento della pulizia, giacchè talvolta sono molto trascurati nella loro persona, ma dall'apprensione suscitata dall'idea di aver toccato colle mani un oggetto che loro riesce sommamente inviso.

[Il maggior numero dei malati teme, però, non il contatto dell'oggetto in sè, ma che questo sia causa di insudiciamento, o di contaminazione, o, anche, di intossicamento. Qui abbiamo la vera *misofobia* di Hammond, la *rupofobia* di Verga (*a*); e qui, d'altra parte, entriamo abbastanza spesso in piena illusione ed allucinazione, poichè certi individui affetti da paranoia rudimentaria tentabunda non toccano le cose nè le mani delle persone su cui *pare* loro di *vedere*, o *vedono* addirittura, della sporcizia. In varii casi da me osservati la rupofobia si univa alla topofobia, ossia gli ammalati non camminavano per le strade o non entravano in certi luoghi senza una continua angoscia di

(*a*) Cfr. Hammond, Neurological Contributions, 1879; Verga A., Sulla rupofobia; *III Congresso Fren. Reggio-Emilia*, 1880; Buccola e Tamburini, loc. cit. (E. M.).

rimanere insudiciati e di asportare con sè, sugli abiti o sulla pelle, possibili immondezze (E. Morselli)].

La paura dei contatti, come fa giustamente osservare Régis (1), non è che una varietà di una paura più generale, della paura cioè degli oggetti; il cui punto di partenza può essere determinato non solo dal contatto, ma anche dalla vista, dal suono, dall'odore ed anche dal gusto di tali oggetti. " Chi non ha sentito parlare, dice Morel, degli accessi febbrili cui andava soggetto il sapiente Erasmo alla sola vista di un piatto di lenticchie? La vista del crescione provocava nel sapiente Scaligero dei tremiti nervosi. Sénac riferisce dei casi analoghi a proposito di Paoli e di altri personaggi. Si dice che Pietro Bayle fosse preso da sincope non appena sentiva cadere acqua da un rubinetto: si dice ancora che l'illustre Bacone cadesse in sincope nelle eclissi di luna, e tremasse non appena vedeva una spada sguainata. E, se si deve por fede alle dicerie del tempo, la vista di un puledro bastava a far perdere la coscienza al duca di Epernon „.

Troppo lungo ed inutile sarebbe ricordare ora tutte le altre varietà di paure morbose descritte dagli autori. Ricorderò soltanto le principali e più strane.

b] L'*agorafobia*, o paura degli spazi, descritta da Westphal (2) [e da Cordes], e sulla quale Legrand du Saulle (3) fu uno dei primi [in Francia] a richiamare l'attenzione, [è il tipo classico delle *topofobie* (E. M.)]. Essa è caratterizzata dall'apprensione provata dagli ammalati nell'attraversare un grande spazio, specialmente se deserto. Quando l'ammalato arriva ad una grande piazza o ad una via larga, cade in preda ad angoscia, a palpitazione, si copre di sudore, e non può andare avanti. Per vincere questo timore, spesso basta che egli segua una vettura, che vada lungo un muro, che si appoggi al braccio di un amico o soltanto su di un bastone. Un ufficiale, il cui caso è descritto da Legrand du Saulle, non poteva attraversare una piazza vestito da borghese; se, invece, era in uniforme ed appoggiava la mano sull'elsa della spada, il timore scompariva. Certi individui sono colti da apprensione nel passare su di un ponte; tale era il caso di Pietro il Grande: oppure quando sono in un vasto recinto, al teatro od in chiesa; altri, alla vista di un precipizio (*cremnofobia*), o quando sono su di un'altura (*acrofobia* di Verga) o sulla spiaggia del mare (*talassofobia*).

In altri casi, la emozione morbosa incoercibile si manifesta quando l'individuo si trova in presenza di vetture (*amacofobia*), od in luoghi chiusi ([*clitrofobia* di Raggi, denominata dal Verga e poi dal Ball *claustrofobia*) (*a*)], od in ambiente oscuro, [per esempio sotto le gallerie ferroviarie].

c] Alle paure dei luoghi si collegano quelle concernenti i rapporti cogli altri esseri viventi, e che io, generalizzando, chiamerei *biofobie* (E. M.)]. Alcuni cadono in preda ad angoscia non appena si trovano in mezzo alla folla, o in presenza di una donna (*ginefobia*), [o in presenza di un uomo (*virifobia* del Giacchi), o di esseri mostruosi e deformi (*teratofobia* del Venanzio) (E. M.)].

---

(1) Régis, Manuel già cit., p. 276.

(2) Westphal, Die Agoraphobie, eine neuropatische Erscheinung; *Archiv für Psych.*, 1872.

(3) Legrand du Saulle, Étude clinique sur la peur des espaces, Parigi 1878.

(*a*) Cfr. Raggi, La clitrofobia; *Rivista clinica*, Bologna 1877; Verga A., La claustrofobia; *Rendic. Istituto Lomb.*, 1878; Lombroso, Alcune nuove forme di malattie mentali; *Arch. di Psich., Antrop. crim.*, 1881. Il prof. Ball, che passa in Francia pel primo illustratore della paura degli spazii chiusi, non ha fatto se non copiare il nostro Raggi (E. M.).

Beard insisteva su queste fobie, che designava col termine generale di *antropofobie*. L'antropofobia ha per contrapposto la *monofobia* o paura della solitudine: un ammalato di Michel pagava ad un uomo 20,000 piastre affinchè l'accompagnasse costantemente. Juhel-Rénoy descrive il caso di un individuo che era angustiato dai " rumori umani ", quali la tosse, il rumore prodotto respirando pelle narici, il russare. Altri hanno una paura morbosa del sangue (*ematofobia*) o di certi animali (*zoofobia*) quali i ragni, i topi, i rospi, i gatti. Féré racconta che Germanico non poteva vedere nè sentire i galli; il maresciallo d'Albret sveniva non appena vedeva la testa di un cinghiale; Tycho-Brahé, alla vista di una volpe; Enrico III non poteva sopportare la vista di un gatto.

Per contro, certi squilibrati, specialmente donne, hanno pegli animali una simpatia patologica. Si commuovono straordinariamente al solo pensiero delle sofferenze, alle quali può andare soggetto un cavallo, un cane, un gatto, [onde l'originarsi di una morbosa *zoofilia*]. A questo gruppo appartengono alcuni *antivivisezionisti* (Magnan).

d] Le paure morbose concernono anche l'ambiente fisico esterno da cui si temono danni: essi potrebbero, nell'insieme, denominarsi *periecofobie* (E. M.)]. Così la vista dell'acqua, dei fiumi e ruscelli (*idrofobia*), del fuoco, dei fiammiferi (*pirofobia*); così i lampi ed il tuono (*astrofobia* di Beard). [Narrasi che Caligola, d'altronde affetto da epilessia, non potesse sentire il tuono, senza provarne un terrore indicibile che l'obbligava a nascondersi. Questo fenomeno si scorge, del resto, in molti fanciulli impressionabili, timidi, figli di genitori neuropatici.

e) Le *fisiofobie* sono determinate da timori istintivi riferibili ad atti fisiologici od a possibili impotenze (E. M.)]. Tali sono la *stasofobia* (Bouveret) o paura di non poter stare in piedi; la *basofobia* (Debove) o paura di non poter camminare; [la *atremia* o paura di non potersi muovere dal letto (*a*). Affini ad esse sono gli stati angosciosi che certi psicastenici provano nel dovere scrivere (*grafofobia*) (*b*), o anche nel dover compiere le funzioni corporee, il mingere e il defecare. Io ho narrato altrove di un prete degenerato e paranoico, che per potere soddisfare a tali funzioni senza la paura d'essere visto, si era fatta costrurre sulla casa un'alta e pericolante torre, dov'aveva collocata la latrina e donde con un cannocchiale spiava l'orizzonte prima di decidersi all'atto! Del resto, non pochi casi di impotenza sessuale, essendo dovuti ad una vera autosuggestione di " non potere ", appartengono alle paure morbose (*adinamofobia*).

Anche le fisiofobie, però, si scorgono in molte altre psicosi che non sono strettamente degenerative: ad esempio, nella melancolia, nella paralisi progressiva, ecc. È qui che mi sembra agire efficacemente l'autosuggestione, che ha tanta parte nella provocazione delle abulie parziali dell'isterico.

f) Viene poi il gruppo numeroso e vario delle *patofobie* e delle *nosofobie* (E. M.)]. Fra queste ultime, ricorderemo la paura di venire avvelenati cogli alimenti, con veleni, con tossici immaginari contenuti nei vestiti [o negli oggetti esterni] (*tossicofobia*), la paura delle malattie infettive, della sifilide (*sifilofobia*), della rabbia (*lissofobia*).

(*a*) Cfr. Neftel, Ueber Atremie; *Virchow's Archiv*, 1883.
(*b*) Cfr. D'Ajutolo, Comunicaz.; *R. Accad. della Scienze*, Bologna, aprile 1895.

Un giovane, che io sto ora curando, e che già da molto tempo fu morso da un gatto, è ogni tanto tormentato dal pensiero che potrebbe diventare idrofobo. Questa fobia lo incoglie di tanto in tanto sotto forma di accessi, che durano da pochi giorni a qualche settimana. Per farla scomparire, basta assicurarlo con un po' d'insistenza che i suoi timori sono senza fondamento di sorta.

Una signora di 45 anni fu investita qualche anno fa da un cane, che le si disse essere arrabbiato. Da allora cade in preda ad angoscia ogni qualvolta suo marito, ufficiale in ritiro, esce senza di lei. È dominata dall'invincibile apprensione che venga anch'esso morso da un cane arrabbiato. La sua ansietà, che ella deplora e che riconosce assurda, non si calma che al ritorno del marito (*a*).

Ricorderemo ancora la paura di essere deformi (*dismorfofobia* di Morselli) (*b*). Io ho veduto una ragazza di 18 anni, la quale, ogni tanto, era colta dalla paura di diventare gobba, un'altra da quella di fratturarsi le ossa. Finalmente, accenneremo la paura insistente di morire (*necrofobia*), o di essere sepolto vivo (*tafefobia*, Morselli). [Quest'ultima paura confina naturalmente, come tutte le altre di cui si è qui parlato, con gli stati emotivi e rappresentativi normali; ma la morbosità sua risiede nella insistenza con cui essa induce all'atto complicatissimo del fare e rifare il proprio testamento, sempre pel dubbio angoscioso di avere dimenticato qualche istruzione che salvi il tafefobico dal pericolo del seppellimento a corpo vivo. Allo stesso modo il dismorfofobico non fa che guardarsi nello specchio per sincerarsi di non avere sul viso, sulla fronte, sul naso la deformità paventata (*c*).

Bibliografia. — I principali lavori sull'argomento della pazzia con idee fisse vennero già ricordati nelle pagine precedenti, così dal Ballet, come da me in nota. — Dò qui la indicazione di altri lavori italiani sulle paranoie rudimentarie, oltre ai già citati: — Giacchi, Virifobia; *Raccoglitore medico*, 1880; Salemi-Pace, Oicofobia; *Il Pisani*, 1882; Andriani G., Contr. alla conoscenza delle psicosi degenerative; *La Psichiatria*, II e III, 1884-5, buon lavoro, ma non finito; Ventra, Le idee fisse impulsive (paranoia rudim. impulsiva); *Il Manic. mod.*, 1888; Apollonio, Le paranoie rudimentali (idee fisse) considerate come forme speciali di neurastenia, Mantova 1889; Aveta, Contr. alle idee fisse, Napoli 1890; Venanzio F., Teratofobia, Contr. studio della paranoia rudiment., *Arch. mal. nerv. e ment.*, 1892; Bonfigli, Demonopatia, *Riv. di Fren.*, 1894; Alpago-Novello, Clitrofobia e tafefobia associate, *Riv. Ven. Sc. mediche*, 1894.

Ricordo poi, fra i lavori stranieri non citati dal Ballet, i seguenti di data più recente: Doyen, Quelq. considér. sur les terreurs morbides et sur le délire émotif, Parigi; André, Les nouvelles Maladies nerveuses, Parigi 1892; Müller Karl, Hdbch. der Neurasthenie, Lipsia, Vogel 1893; Gélineau, Les peurs morbides (buona monografia), Parigi 1894; Friedmann, Ueber den Wahn, 1894.

II. **Anomalie degenerative della volontà** (*Parabulie costituzionali coatte*). — Abbiamo visto che la volontà dei degenerati può essere alterata in due modi: o pel predominio morboso di una tendenza; o per quello di una inibizione. Nel primo caso noi vediamo svolgersi un *impulso*, nel secondo una *abulia*. Vi è la consuetudine di designare ogni tendenza morbosa ad un atto come un' " idea impulsiva ", e però gli impulsi possono, fino a un certo punto, considerarsi come la terza varietà della paranoia rudimentaria, quella che si svolge nel campo della volontà: le altre due si svolgono, invece, rispettiva-

---

(*a*) [Questo caso del Ballet è un esempio delle fobie altruistiche cui io ho accennato precedentemente (E. M.)].

(*b*) Cfr. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia, due forme non per anco descritte di paranoia rudimentaria, *Boll. R. Accademia medica di Genova* 1892; Rapporti della dismorfofobia e tafefobia con le altre paranoie rudim., *La Riforma medica*, 1892].

(*c*) Cfr. Morselli E., *Boll. R. Accad. Medica di Genova* e *Rif. Medica*, già citata.

mente nel campo dell'ideazione e dell'emotività *in sensu strictiore* (*a*). Quanto all'abulia, è evidente che ne esistono tante varietà quante possono essere gli atti inibiti, nel qual caso essa è *sistematica* al pari delle impulsioni; ma l'Autore ne descrive più innanzi solo la forma generale, che, difatti, comprende tutte le altre (E. Morselli)].

1° [Paranoia rudimentale, Var. impulsiva, E. M.]. (*Impulsi*, [franc. e Ballet nel testo; *Impulsioni*, *Monomanie impulsive* (?, in parte); *Monomania sine delirio*, Esquirol; *Zwangshandlungen*, ted.; *Paranoia inchoata*, Arndt; *Parabulia coatta impulsiva*, Morselli). Qui sono studiate partitamente le più caratteristiche forme di paranoia rudimentale impulsiva (E. M.)].

a] *Dipsomania* [Monomania di ubbriachezza, *Brandstiftungstrieb*, ted.; *Alcoolofilia parossistica* (E. M.)]. — La dipsomania è l'impulso a bere, specialmente bevande forti ed alcooliche. Come tutti gli impulsi, si manifesta ad accessi, nell'intervallo dei quali l'ammalato, lungi dall'eccedere, dimostra una vera ripugnanza per l'alcool. Il dipsomaniaco è molto diverso dal beone; perchè, come giustamente diceva Trélat (1), " i beoni si ubbriacano non appena se ne porge loro l'occasione; i dipsomani sono ammalati che si ubbriacano quando sono colti dal loro accesso ".

Questi accessi sono preceduti da sintomi prodromici: senso di tristezza, depressione, impossibilità alle occupazioni, idee nere, indifferenza pelle persone più care, talvolta vago timore di una disgrazia imminente. A questi disturbi cenestetici vengono poi ad aggiungersi dei sintomi subiettivi: ansietà precordiale, ripugnanza pegli alimenti solidi, senso di bruciore in gola, sete intensa, bruciore allo stomaco. Allora gli ammalati provano un bisogno imperioso di bevande eccitanti, e bevono quanto loro capita sotto mano, vino, acquavite, liquori, assenzio. In mancanza di bevande alcooliche, bevono acque profumate, liquidi medicamentosi (2): [in due miei casi, gli infermi si ubbriacavano con l'alcool dei preparati anatomici! (E. M.)].

L'impulso è proprio irresistibile e prevale su qualsiasi ragionamento. I dipsomani, pur di avere dell'alcool, vendono quanto posseggono, e, quando sono ridotti al verde, non ristanno dall'abuso di fiducia, nè dal furto. Le donne si dànno alla prostituzione pur di soddisfare la loro passione morbosa: alcune, riservate ed oneste negli intervalli che separano gli accessi, quando ne sono incolte arrivano al grado più basso dell'abbiezione; frequentano le case di dubbia fama, e si vendono (la parola corrisponde in tal caso all'immagine) al primo venuto.

I dipsomani hanno perfetta coscienza del loro disturbo mentale, che deplorano, pur non resistendo ad esso. Alcuni, per lottare contro la loro volontà squilibrata, mescolano alle bevande delle sostanze disaggradevoli e persino degli escrementi. Vergognosi di cedere alla loro tendenza morbosa, si nascondono, dissimulano d'essere guariti, ma entrano di nascosto nei negozi da vino cercando ogni mezzo per non essere veduti.

(*a*) Per le ragioni dette qui e in una nota antecedente (pag. 318), le impulsioni si dovrebbero denominare *Parabulie coatte*, e non " paranoie ": tuttavia, l'atto impulsivo è sempre *rappresentato* prima alla coscienza dell'ammalato. In altro luogo io ne ho dimostrato i rapporti psicologici coll'unità sistematica delle tendenze costituente la personalità (Man. di Semejotica, vol. II, pag. 635) (E. M.).

(1) Trélat, La folie lucide, loc. citato.

(2) Sulla dipsomania si consultino: Ch. Lasègue, Dipsomanie et alcoolisme, negli *Arch. gén. de Méd.*, settembre 1882; Magnan, Leçons sur la dipsomanie, in *Progrès médical*, 1894, e: Leçons cliniques sur les maladies mentales, Parigi 1893. [Per le questioni medico-legali veggasi Tamburini, in *Riv. sper. di Fren. e Med. legale*, 1884-85 (E. M.)].

All'impulso dipsomaniaco spesso si aggiungono altri impulsi di varia natura: impulsi erotici, al suicidio od all'omicidio, ed anche tendenze ed idee mistiche.

Il dipsomane resiste piuttosto grandemente all'alcool. Ciò non pertanto, talvolta risente i sinistri effetti, che ordinariamente determinano gli abusi di liquori: e così non soltanto si ubbriaca, ma va anche soggetto al delirio alcoolico colle allucinazioni che l'accompagnano.

Gli accessi di dipsomania hanno una durata variabile: alcuni sono brevissimi, da due a tre giorni; altri durano una, due od anche più settimane. Possono non ripetersi che a lunghissimi intervalli, ogni anno, ogni sei mesi; altre volte sono molto più prossimi l'uno all'altro, uno o due nel mese. Generalmente, col tempo assumono una frequenza maggiore.

Questa forma di impulso è più frequente nella donna che nell'uomo. [Nel massimo numero dei casi l'alcoolofilia parossistica è schiettamente ereditaria. Il dipsomane nasce da bevitori o in famiglie di beoni emeriti; ed è curioso che la tendenza sia talvolta specifica, cioè riguardi certe date qualità di bevande piuttosto che altre. L'eredità neuropatica si osserva nel 40,29 % degli alcoolisti: la similare, cioè la alcoolistica propriamente detta, nel 75,7 %. Talora la tendenza si manifesta precocissimamente: in un fanciullo degenerato da me visto, a soli 7 anni, e, più mirabile ancora, in una fanciulla, di ottima famiglia, a 9 anni! (*a*) (E. Morselli)].

Alla dipsomania si avvicina la *sitiomania* (Magnan), che consiste nel bisogno insaziabile di mangiare. Però questa è rara.

b] *Onomatomania.* — Charcot e Magnan (1) descrissero con questo nome varie forme di fissazione, che presentano di comune il carattere che il *nome* o la *parola* vi rappresentano la parte principale. Questi autori distinguono cinque varietà di onomatomania. La *prima* è caratterizzata dalla ricerca angosciosa di un nome o di una parola, che sfuggono alla memoria; la *seconda*, dall'impulso irresistibile a ripetere un nome che è sempre presente alla mente; nella *terza* l'ammalato attribuisce a certe parole un significato funesto, e, quando le sente pronunciare, prova un senso di paura e di angoscia; gli onomatomani del *quarto* gruppo, invece, attribuiscono a certe espressioni un'influenza preservatrice [o " fausta ", come diceva un mio ammalato (E. M.)]: essi talvolta le ripetono impulsivamente, tal'altra non le pronunciano che per dissipare una fissazione od una paura, che esse avrebbero la virtù di cacciare; finalmente, gli onomatomani dell'*ultima* categoria sono ammalati, nei quali le parole assumono la parvenza di veri corpi solidi, indubbiamente inghiottiti, pesanti sullo stomaco, e che possono essere rimessi con sforzi di vomito o cogli sputi (*b*).

Queste diverse varietà di onomatomania non debbono credersi tutte dovute ad impulsività. La ricerca angosciosa di un nome che sfugge va piuttosto classificata fra i dubbi, [cioè fra le paranoie rudimentali indagatorie (E. M.)]; la paura di certe parole di significato funesto si riannoda al gruppo delle fobie, [cioè alle paratimie degenerative (E. M.)]; lo stesso dicasi della quinta

(*a*) Cfr. Morselli, L'alcoolofilia ereditaria; *Gazz. degli Ospitali*, aprile 1895.

(1) Charcot et Magnan, De l'onomatomanie, negli *Arch. de Neurologie*, settembre 1885 e luglio, settembre e novembre 1892.

(*b*) [Dalla forma pura di paranoia ideativa indagatoria si passa, grado grado, fino alla impulsiva, in cui l'ammalato è costretto non più solo a pensare o a ruminare i nomi, i numeri e le parole quasi sempre sconcie, ma a pronunciarle, anzi a proiettarle violentemente, come si trattasse di scaricarsi di un peso. Per la graduazione dei fenomeni morbosi, veggasi Séglas, Les troubles du Langage, e il mio Man. di Semejotica, vol. II, pp. 372, 382, ecc. (E. M.)].

varietà delle onomatomie, che si accompagna a sensazioni estranee e che possiamo considerare come una forma anomala e strana dell'ansietà emozionale. Riguardo ai casi appartenenti alla quarta categoria, debbono pure esser divisi in due gruppi. Difatti, a lato di quelli nei quali l'ammalato ripete impulsivamente la parola preservatrice, ve ne hanno altri, come si disse, nei quali egli pronuncia tale parola volontariamente per dissipare un'apprensione che l'opprime: in questo caso, l'articolazione della parola fa parte di quei numerosi processi, che abbiamo già descritto e che servono, a chi ne è affetto, per liberarsi dalle sue fissazioni. Perciò, in questo paragrafo dedicato agli impulsi non ci rimangono a descrivere che la varietà del secondo gruppo ed una parte dei casi che debbono comprendersi nel quarto (*a*).

L'*onomatomania impulsiva* consiste, adunque, nel bisogno imperioso che l'ammalato prova di dover ripetere una parola, una breve frase, che gli viene in mente. La parola fissa si impone alla coscienza, sia per una lettura, sia in una conversazione, sia per un semplice ricordo, od anche per associazione di idee. " Il paziente, in certo modo sorpreso dal fatto, non soltanto pensa la parola, ma, malgrado i suoi sforzi, è costretto a pronunciarla bruscamente ".

Un ammalato di 41 anni, che seguiamo da tempo e che presenta molte stigmate fisiche e psichiche di degenerazione, è affetto da onomatomania impulsiva la più tipica. In lui la si manifesta sempre nelle stesse condizioni: cioè quando sente una parola che in una conversazione o durante una lettura lo colpisce vivamente. Generalmente si tratta di termini tecnici che non capisce. D'ordinario, scomparso l'accesso, l'ammalato non ricorda la parola che l'ha suscitato.

Noi siamo riusciti a provocarlo ripetutamente pronunciando una volta la parola *stetoscopio*, un'altra, *cariocinesi*. Appena la parola « è giunta a lui », suo buono o suo mal grado egli deve ripeterla per più ore e talvolta per più giorni. L'accesso determina un grado tale di angoscia che egli è costretto a muoversi per sottrarvisi. Quando abitava in via Mouffetard, in qualsiasi ora della notte suonava il campanello ed usciva a passeggiare nella via per far passare il suo « malessere ». Finalmente dovè cambiare alloggio: si cominciava già a prenderlo per pazzo. L'accesso si accompagna a viva angoscia con leggera cefalea fronto-occipitale. Quest'angoscia è maggiore quando la parola, pella fatica, esce dalle labbra dell'ammalato alterata; raggiunge il *maximum* di intensità se gli sfugge, il che succede dopo parecchie ore o parecchi giorni di continua ripetizione (1).

La *coprolalia*, descritta da Charcot (2) e da Gilles de la Tourette (3), è una varietà di onomatomania impulsiva ordinariamente accompagnata da tic (" malattia dei tic convulsivi "), nella quale gli ammalati sono spinti a profferire, loro malgrado, delle parole sconce. Tale è anche la *mania blasfematrice* di Verga [e di Burns].

In alcuni casi leggeri l'impulso a ripetere date parole può in certa misura essere corretto. La fissazione verbale è costante, ma, invece di tradursi con una vera articolazione della parola, rimane allo stato di immagine motrice. Séglas (4) descrisse uno di tali casi.

(*a*) [Questo quarto gruppo, nel maggior numero delle volte, si fonde col terzo: secondo la mia esperienza, quando un onomatomane considera come benefiche alcune parole, ne ha pure altre cui attribuisce significato *malefico;* chè anzi io non ho *mai* osservato un solo caso del preteso quarto gruppo di Charcot e Magnan, almeno come forma morbosa autonoma (E. M.)].

(1) G. Ballet, Contribution à l'étude de l'état mental des dégénérés héréditaires, negli *Arch. de Médecine*, 1888.

(2) Charcot, Leçons inédites, e: Tics et tiqueurs; *Tribune médicale*, 1888.

(3) Gilles de la Tourette, Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie; *Arch. de Neurologie*, 1885.

(4) Séglas, Deux cas d'onomatomanie; *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 12 aprile 1889.

Si tratta di una ragazza di 18 anni, alla quale si presenta ogni tanto l'idea di parole sconce e malevoli che si impongono alla sua mente: contemporaneamente ella sente dei movimenti nella sua lingua come le pronunciasse, ma non le pronuncia mai, nemmeno a bassa voce. Però è sempre invasa dalla paura di farlo e di essere udita, e perciò fa sempre quanto le è possibile per frenare i movimenti della lingua. Tutti i suoi sforzi però riescono vani, e non fanno che determinare dei fenomeni di angoscia, senso di costrizione al petto, vampe di calore alla faccia, sentimento di grande paura.

Ho già detto come qualcuno dei casi che Charcot e Magnan fanno rientrare nel loro quarto gruppo, in quello, cioè, al quale appartengono gli ammalati che attribuiscono a certe parole dei significati preservativi, possono essere considerati come casi di onomatomania impulsiva or ora descritti.

Una delle ammalate studiate da questi autori era perseguitata dall'idea insistente di dover compiere parecchie volte dati atti, o ripetere certe parole preservatrici, per evitare che una grave malattia non incogliesse un suo parente. Per evitare la quale si crede obbligata a ripetere più volte « Nicola ». E perchè? Ella non sa rispondere; ma deve ripeterla, e, quando riesce a resistere, è colta da cardiopalmo, il suo viso si arrossa, ha un senso di stringimento all'epigastrio, prova un grande malessere, si affanna, e subito ripete parecchie volte la parola fissa e si sente sollevata.

L'*aritmomania*, mania dei numeri o, meglio, fissazione pei numeri, puo ravvicinarsi alla onomatomania. E, veramente, si tratta della stessa sindrome colla sola differenza che in questa la cifra tiene il posto della parola. [È, come dice Arndt, una *paranoia indagatoria numerans* e *dinumerans* (E. M.)]. Nella aritmomania possiamo stabilire le stesse divisioni dell'onomatomania. Una delle forme più frequenti consiste nell'attribuire a certi numeri, specialmente al 13, un significato funesto: ogni qualvolta questa cifra interviene in qualunque atto della vita, l'individuo è preso da angoscia (*a*). Ricordiamo ancora una forma particolare di aritmomania, la quale consiste nel bisogno imperioso di contare, ad esempio, i quadrati di una finestra, le mattonelle di un pavimento, i bottoni di un abito, [i piselli che eventualmente sono presi nelle vivande], ecc.

c] *Cleptomania* [(*Monomania del furto* o *Stehltrieb*, ted.) (E. M.)]. — Il furto morboso è abbastanza frequente a riscontrarsi. Però bisogna aver cura di distinguere subito il furto che commettono gli individui affetti da paralisi generale, i vecchi dementi, gli imbecilli: esso è perpetrato meccanicamente, senza che l'intelligenza indebolita sia capace di comprenderne la portata nè le conseguenze. Ben diverso è quello impulsivo dei cleptomaniaci. In quest'ultimo caso si tratta di un vero impulso morboso, di un bisogno imperioso e patologico.

Gli ammalati [con impulso appropriativo e furatorio (E. M.)] hanno coscienza del carattere delittuoso degli atti che commettono; ma la loro volontà è impotente a resistere alla tendenza morbosa. L'impulso al rubare sembra favorito da varie circostanze: nelle degenerate aumenta specialmente durante la gravi-

(*a*) [Nell'*Appendice* al secondo volume del mio Manuale di Semejotica si troverà parte dell'autodescrizione di questo stato morboso inviatami da un mio ammalato (pag. 843). Il caso è tanto più notevole, in quanto il significato *fausto* ed *infausto* era da lui assegnato, non solo ai numeri, ma anche ai colori. Egli era, invero, affetto anche da quella che dicono " udizione colorata „ e che, a parer mio, si risolve, essa pure, in una stimmata degenerativa. Come tutti i fenomeni bizzarri della sfera psichica, la sinestesia ottica, acustica, olfattiva, ecc. ecc., qualunque siane la varietà, può manifestarsi nelle personalità normali; ma naturalmente spesseggia, e di gran lunga, nelle personalità abnormi (E. Morselli)].

danza o nel periodo mestruale; la vista delle vetrine e specialmente dei grandi magazzini (1) lo provoca e lo sovreccita.

Il cleptomane ruba per rubare, senza preoccuparsi del valore degli oggetti rubati e di quanto potrà farne. Egli porta a casa sua anche oggetti di pochissimo valore: spille da capelli, oggetti di toeletta, ecc. Altri sembrano particolarmente attirati da certi oggetti: un medico rubava gli orologi dei suoi ammalati e li raccoglieva con cura. Noi abbiamo conosciuto un signore degno di grande stima, ma con stigmate degenerative ben chiare, che, nelle sue visite, rubava tutti i libri che gli capitavano sotto mano. Legrain cita il caso di due ammalati, l'uno dei quali rubava i coltelli, e l'altro la tovaglia che gli si metteva avanti quando pranzava in trattoria. [Io ho notizia di un tale che, non appena si riteneva non osservato, si impadroniva nei salotti di quanti ritratti cadevano a sua portata; ed erano quasi tutti di persone a lui ignote e indifferenti. Molti collezionisti di cianfrusaglie inutili sono puri cleptomani, come quell'ufficiale superiore, che ora è poco è stato colto in un albergo a rubare posate di stagno senz'alcun valore (E. M.)].

Bisogna differenziare il cleptomane dal pazzo morale che ruba seguendo i suoi istinti perversi. Questi obbedisce ad una volontà viziata per abitudine, e lo fa volentieri; quegli, invece, cede ad un bisogno morboso intermittente, contro il quale cerca di lottare. Ei però se ne addolora e non cede che a malincuore, come costretto da una forza più potente della sua volontà (*a*).

Ricordiamo solo di passaggio la *oniomania* od impulso morboso alle compere, e l'impulso morboso al giuoco (*mania del giuoco*). Il Legrain (2) descrisse dei casi interessanti di tali affezioni.

d] *Piromania* (*Monomania incendiaria* di Esquirol). — La piromania consiste nell'impulso ad appiccare incendii. Si noti però che non tutti gli alienati, che appiccano fuoco, sono piromani, giacchè ve ne hanno di quelli che lo fanno sotto l'azione di un delirio o di pervertimenti sensoriali. I veri piromani sono, invece, degli individui semplicemente impulsivi. " Vi hanno fatti, dice Esquirol, che dimostrano come alcuni incendiarii sono mossi a tali atti per un impulso istintivo indipendente dalla loro volontà „. Il fatto sembra indubbio, checchè ne abbiano pensato alcuni autori e specialmente Lasègue; parecchi casi descritti da Marc (3) bastano per dimostrarlo.

Generalmente ci si accorda nell'ammettere che la piromania si manifesta soprattutto al di sotto dei venti anni, verso l'epoca della pubertà, e che è più frequente nella donna che nell'uomo. Però i casi riferiti da Marandon de Montyel (4) concernono tutti, salvo uno, il sesso maschile. Dai casi raccolti da questo autore risulta che la piromania è sopratutto frequente in campagna; gli incendii sono spesso molteplici, ma uniformi; il piromane preferisce le sostanze facilmente infiammabili (manipoli di fieno, ecc.), e dopo aver compiuto l'atto incendiario, prova il piacere proprio a tutti gli individui impulsivi

---

(1) Lasègue, Le vol aux étalages: *Arch. gén. de Médecine*, 1880.

(*a*) [Sulla questione della responsabilità dei cleptomani, veggansi: Tamburini, *Riv. clinica*, 1876; Bonvecchiato, *Riv. Veneta Sc. med.*, 1886; Lombroso, Op. varie; Busdraghi, Il furto dei pazzi, *Arch. di Psich.*, 1887; Filippi A., *Sperimentale*, 1894 (E. M)].

(2) Legrain, Du délire chez les dégénérés; Thèse de Paris, 1886.

(3) Marc, Pyromanie; *Ann. de méd. légale et d'hygiène publique*, Parigi 1833. — Vedasi anche: Legrand du Saulle, De la monomanie impulsive; Thèse de Paris, 1856.

(4) Marandon de Montyel, Du diagnostic médico-légal de la pyromanie par l'examen indirect; *Arch. de Neurologie*, gennaio 1887.

dopo che hanno soddisfatto l'impulso: egli stesso poi è uno dei primi a recar soccorso. Se viene sospettato di colpevolezza nega il suo fallo ed inventa menzogne per allontanare i sospetti come farebbe un volgare colpevole. I piromani sono spesso di corta intelligenza. [Essi son perciò suggestionabili: non v'è impulso morboso che, al pari di questo, possa dirsi tanto spesso dovuto alla cieca, istintiva imitazione.

e) *Clastomania* (*Monomania distruttiva*). — Si connette all'impulso pirico quello clastico o pantoclastico, che spinge certi individui a compiere atti di distruzione. Ma qui pure conviene distinguere la distruttività sragionata, automatica del pazzo agitato o in collera, quale si vede nella mania, nella melancolia ansiosa, nella paralisi generale, nell'epilessia, ecc., dalla tendenza impulsiva incoercibile, ma cosciente, a rompere e distruggere gli oggetti. Certi atti di " vandalismo ", perpetrati senza alcun utile ma pel solo piacere di deteriorare opere d'arte, di lordare, di inveire contro le cose materiali, sono senza dubbio la manifestazione di una morbosità o, meglio, di una degenerazione mentale. I frenologi, con molta opportunità, avevano trovato un posto, nel loro complicato casellario delle facoltà mentali, anche alla " distruttività " (*a*): non veggo perchè l'impulso clastico non debba figurare nei libri odierni di Psichiatria accanto al pirico, al cleptico, al suicida, ecc. (E. Morselli)].

f] *Impulso al suicidio* [*Monomania suicida* di Esquirol (E. M.)]. — È abbastanza frequente e, fin dai tempi antichi, attirò l'attenzione degli osservatori. Voltaire aveva notato la strana e curiosa particolarità consistente nella tendenza al suicidio, che colpisce parecchi membri di una stessa famiglia a diverse generazioni di distanza. In questi casi non si tratta del suicidio, che in certi malinconici od in individui affetti da delirio di persecuzione è come una conseguenza logica delle idee deliranti (*b*); ma bensì di una tendenza patologica, impulsiva a darsi la morte. Gli ammalati, che ne sono afflitti, obbediscono ad una specie di fatalità ineluttabile che li spinge al suicidio; essi non si tolgono la vita perchè ragionevolmente stanchi di essa, ma cedono ad un impulso morboso che spesso si trova cogli stessi caratteri anche negli antenati. Sarebbe perfettamente inutile moltiplicare gli esempi di questi casi tutt'altro che rari nella scienza. Ne citerò soltanto due. — Il primo di essi lo tolgo da Baillarger (1). Questo autore riporta il pezzo seguente di una lettera a lui diretta da un antico condiscepolo, che gli raccomanda una signora affetta da malinconia.

« Ieri appena, dice l'autore della lettera, sono venuto a conoscenza di un fatto che può aver costituito la causa dello stato in cui si trova l'ammalata. Pare che all'indomani del matrimonio di questa signora, sua madre abbia tentato di appiccarsi e che la figlia l'abbia trovata ed abbia essa stessa tagliata la corda. Questo atto disperato della madre non deve sorprenderci affatto, perchè in famiglia esiste la monomania suicida da un secolo. Così il nonno della madre si annegò, il padre si appiccò, due sorelle della madre si gettarono nel pozzo, un'altra sorella morì pazza, e gli altri parenti dal lato della madre ebbero tutti la testa non a segno ».

Quest'osservazione dimostra, ad un tempo, l'ereditarietà dell' impulso al suicidio e la parentela di questo con le altre affezioni mentali. Il caso descritto

(*a*) Cfr. Lussana F., Lezioni di frenologia, Parma 1864; Lussana e Lemoigne, Fisiologia dei centri nervosi encefalici, op. premiata in due vol., Padova 1875; Guicciardi, ottimo art. Frenologia nella *Enciclop. med. ital.*, vol. III, parte 2ª, pagg. 710-775 (E. M.).

(*b*) [Veggasi Morselli E., Il Suicidio, ediz. ital., Milano 1879, pag. 395 s.].

(1) Baillarger, Annotazioni al Trattato di Griesinger, p. 303.

da Maccabruni (1) non è meno curioso; esso si riferisce ad una famiglia, nella quale il padre, due figli ed una figlia ed un nipote si suicidarono. Un terzo figlio fu soggetto all'impulso suicida, ma vi resistette. I quattro uomini si suicidarono assieme con un colpo di pistola e colla stessa arma; la figlia si avvelenò col fosforo.

Una particolarità spesso rilevata si è che nei casi, nei quali l'impulso irresistibile è ereditario, esso si manifesta alla stessa età nei varii individui della stessa famiglia.

g] *Impulso all'omicidio* [*Monomania omicida* di Esquirol; *Mordtrieb*, ted.]. — L'impulso all'omicidio è meno frequente di quello al suicidio. Ciò non pertanto, nella scienza ne sono registrati molti casi. Ne troviamo di caratteristici nel libro di Marc (2). Bisogna però distinguere con cura la tendenza impulsiva all'omicidio da quella che incoglie certi alienati, epilettici, alcoolisti od affetti da delirio di persecuzione spinti dalle loro idee deliranti o dalle loro allucinazioni a ferire o ad uccidere. Nei casi, dei quali trattiamo, l'idea dell'omicidio sorge più o meno improvvisamente, come le altre idee incoercibili delle quali abbiamo discorso. Spesso ciò accade nell'epoca della pubertà, o, nella donna, nei periodi mestruali.

Comunque sia, quest'idea impulsiva si manifesta ad accessi e si impone alla mente dell'ammalato, che lotta contro di essa con maggiore o minore successo. Talvolta la resistenza, pur essendo faticosa, è relativamente facile: tutto si limita ad un'angosciosa fissazione, che non arriva però a soggiogare la volontà. Altre volte la lotta è più viva, e l'ammalato non riesce che a stento e con sforzi dolorosi a vincere la sua tendenza patologica. È noto il caso della domestica di Humboldt, citato ovunque; quello di *Glénadel*, riferito da Calmeil, e men noto, è dei più dimostrativi.

« Io tutto vi debbo », ei diceva un giorno a sua madre, che, vedendolo accigliato e taciturno, lo bersagliava di domande; « io vi voglio bene con tutta l'anima: però, da qualche giorno a questa parte un'idea continua mi spinge ad uccidervi. Impedite che, se ne vengo vinto, un sì grande male si compia, e permettetemi di arruolarmi militare ». Più tardi, dovendo entrare in un manicomio scriveva al direttore: « Signore, entrerò nel vostro stabilimento e mi vi conterrò come al reggimento. Mi si crederà guarito; ma in certi momenti io potrò fingere di esserlo. Non credetemi mai: io non debbo più uscire sotto alcun pretesto. Quando io solleciterò per essere messo in libertà, raddoppiate di sorveglianza: io non userei di quella che per commettere un delitto che mi fa orrore ».

Una donna che studiai affatto di recente, è colta ogni tanto da un violento desiderio di uccidere il marito, che adora. L'impulso si manifesta ad accessi, sempre verso le tre del pomeriggio, si accompagna a palpitazione e ad angoscia, e non scompare che col sonno. Questi accessi sono specialmente frequenti in estate; la vista di istrumenti a punta, di coltelli, li eccita.

In questi casi troviamo i caratteri più comuni dell'impulso all'omicidio, che è intermittente, compare ad accessi spesso provocati dalla vista di istrumenti da taglio, e si riferisce spesso a quelle persone cui gli ammalati portano maggiore affetto.

In qualche caso l'impulso è più forte della volontà, ed il paziente vi si abbandona: la storia di *Enrichetta Cornier* condannata ai lavori forzati, malgrado una relazione di Adelon, Esquirol e Leveillé deponente pella monomania omicida; quella di *Papaudine*, che, nel 1825, per un impulso morboso uccise

(1) Maccabruni, *Arch. di mal. nerv. e ment.*, 1883.

(2) Marc, De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires, 1840.

due bambini nel bosco di Vincennes, sono a tutti note. La storia più recente di *Thouviot*, l'assassino di una cameriera di birraria di via Cujas, è una delle più istruttive che siansi pubblicate (1).

Ciò che caratterizza l'omicida impulsivo si è la mancanza di qualsiasi motivo per spiegar l'atto, si è la piena coscienza dell'autore quando lo compie. Egli non soggiace ad alcuna delle forze, che ordinariamente dànno ragione di un omicidio; non agisce sotto l'influenza di un sogno come l'epilettico, di un'allucinazione come l'alcoolista, di un'idea delirante come l'individuo in preda a delirio di persecuzione: egli obbedisce ad impulso morboso, del quale comprende tutta l'orridezza, ma che non può sfuggire.

[Giova però avvertire che non sempre l'impulso morboso porta alla uccisione; in certi casi esso è semplicemente un *impulso sanguinario* o *crudele*, che consiste nella rappresentazione insistente di un atto dannoso ad altre persone, o nella tendenza a soddisfarsi con la vista del sangue, delle sofferenze altrui. Più innanzi si vedrà il nesso che tali fenomeni parabulici prendono con i pervertimenti e le anomalie dell'istinto sessuale: qui noto anzi, di passaggio, che i rapporti delle idee fisse e fobie colla funzione genesica sono strettissimi, al punto che recentemente il Freud ha voluto vedere nella paranoia rudimentaria una neuropsicosi a base sessuale (*a*). Checchè sia di ciò, e ritornando all'impulsione crudele, ricorderò che il più spesso essa si rivolge contro persone amate, la madre, il figlio (*b*), o verso creature deboli incapaci di difendersi, come sarebbero i bambini e gli animali. Certi casi di maltrattamento da parte di donne snaturate sui loro figliuoletti o figliastri (*c*), o di maestri sui loro alunni, entrano, probabilissimamente, nel gruppo delle impulsioni morbose.

Aggiungo, a tale proposito, una osservazione. Nei Trattati di Psichiatria sono considerate e descritte come morbose, solo le impulsioni nocive, al bere al rubare, al distruggere, all'uccidere, ecc. Ma non è detto che tutte le tendenze incoercibili, che fanno e dovrebbero far parte delle stimmate di degenerazione, abbiano questo carattere di nocumento: altre molte ve n'ha che sono semplicemente bizzarre, e già tale sarebbe la pronunzia di parole oscene. In molti casi si tratta di risurrezioni autoctone di antichi, cabalistici pregiudizii; in alcuni, l'atto che si impone irresistibilmente alla coscienza dell'infermo, è una stravaganza ridicola e stupida. Di tale varietà io ho raccolto numerosi esempii. Così un tale non poteva passare una porta senza avere l'idea di doversi mettere carponi, poggiando la palma delle due mani sul pavimento; una signora non poteva deporre o vedere deporre dal marito nessun oggetto senza ripetere e fare ripetere più e più volte l'atto, onde assicurarsi sulla natura ed intensità del rumore prodotto dall'urto dell'oggetto stesso col tavolo, ecc. ed ogni momento erano scene penosissime finchè il rumore non avesse avuto quel dato timbro e forza! (E. Morselli)].

---

(1) Legrand du Saulle, Étude médico-légale sur les épileptiques, Parigi 1877, p. 163. [Uno dei casi più importanti sotto l'aspetto psicopatologico e medico-forense è quello magistralmente illustrato da Tamburini e Seppilli, nella Memoria: Studio di psicopatologia criminale sopra un caso di imbecillità morale con idee fisse impulsive; *Riv. di Fren. e Med. leg.*, VIII, 1882, pp. 21, 135 e 208). Si tratta di un giovane di 14 anni, colpevole di patricidio, fratricidio e tentato matricidio, e affetto nello stesso tempo da idee coatte impulsive, fra cui, notevole a dirsi, la forma di dubbio interrogatorio (E. M.)].

(*a*) Cfr. Freud, Die Abwehr-Neuro-Psychosen; *Neurol. Centralblatt*, 1894; e *Revue Neurologique*, 1894.

(*b*) Tale è il caso tipico e raro da me descritto in *Riv. sper. di Fren.*, XI, 1885.

(*c*) Cfr. il bel libro di Ferriani Luigi, Madri snaturate, Milano, Galli, 1894.

2° Abulia [*Abulomania, Parabulia coatta inibitoria* (E. M.)]. — Con questo nome si indica l'impotenza della volontà, di decidersi cioè ad un'azione ed eseguirla, benchè l'individuo sia conscio dell'atto che deve compiere ed abbia il desiderio di farlo (*a*). Gli ammalati, dice Guislain (1), " vogliono interiormente, o mentalmente, con tutta ragionevolezza. Essi possono provare il desiderio di fare, ma sono impotenti di agire convenientemente. Hanno fissa l'impossibilità di agire. Vorrebbero ad es. lavorare, ma non possono. La loro volontà è limitata: si direbbe che questa forza attiva ha subìto un arresto: l'*io voglio* non si trasforma in volontà impulsiva, in un atto. Alcuni ammalati si meravigliano da sè stessi di tale impotenza della volontà „. Quest'impotenza della volontà si riscontra in molti deliranti: quelli affetti dalla follia del dubbio, da agorafobia, da basofobia, per non citarne altri, ne sono colpiti in un grado più o meno notevole. Anche gli impulsivi, nei quali la volontà sembra incapace a dirigersi ad un dato scopo, non sono rari. Quindi, se descriviamo a parte l'abulia, ciò facciamo non perchè essa si stacchi dagli altri sintomi della stessa natura; anzi, essa si associa e fa parte integrante del fondo mentale, del quale queste sindromi costituiscono la manifestazione. In qualche caso, però, essa è il disturbo predominante ed acquista, in apparenza, una certa indipendenza clinica: lo studio di questi casi si presta in modo particolare per far bene spiccare i caratteri dell'abulia.

L'*abulia* è generale o parziale (*abulia sistematizzata*). Nel primo caso, gli ammalati sono impotenti a compiere gli atti comuni della vita quotidiana. Per vestirsi, impiegano delle ore: il mettersi una veste, un busto, il pettinarsi, il lavarsi, diventano per loro atti faticosi, ed ei non riescono a compierli che con grande sforzo. Non è il movimento per sè stesso, come azione muscolare, che riesca penoso; l'abulico contrae perfettamente i suoi muscoli, molto diversamente dal paralitico: ciò che riesce difficile è il decidersi a contrarli, e forse anche la nozione della serie dei movimenti coordinati richiesta dal compimento di un dato atto. E invero, si vede che generalmente riescono più faticosi quegli atti che pegli ammalati riescono nuovi [" misoneismo „ di Lombroso]. L'abulico prenderà su di un tavolo un oggetto di suo uso comune, più facilmente di quanto non ne prenderebbe un altro che vedesse pella prima volta.

Non tutti gli atti esigono da parte dell'ammalato la stessa somma di piccoli sforzi imprevisti; e questa probabilmente è la ragione per cui l'abulia, in certi casi, sembra *parziale* e non si manifesta che nel compimento di dati atti speciali. All'uno riuscirà difficile il pettinarsi, ad un altro lo scrivere il proprio nome, ad un terzo il levarsi di seduto od il salire una scala (*ananastasia* ed *ananabasia* di Régis). [Queste forme parziali o sistematizzate noi le abbiamo già descritte come fisiofobie (E. M.)].

L'abulia però è sempre più o meno generale. Non possiamo dare al lettore un'idea più chiara di quest'affezione, che citandone alcuni esempii:

(*a*) [In sostanza, si tratta di un aumento morboso delle attività inibitorie: e, come ho già detto, non si dovrebbero le abulie staccare dalle impulsioni. In che risiede la differenza fra la tendenza a *compiere* e quella a *non compiere* un movimento? Sono sempre date imagini ed idee motrici, le quali imperano sulla coscienza e si accampano nel punto di mira dell'attenzione interna, eliminandone tutte le altre antagonistiche. Del resto, le abulie si svolgono per lo più di pari passo con le altre idee fisse: sono, cioè, una sindrome comune della paranoia rudimentaria. Cfr. Janet Pierre, loc. cit., dove ne dà una insuperabile descrizione (pag. 122), più il secondo volume della stessa opera: Les accidents mentaux, Parigi 1894 (pp. 56-143 e 231). Veggasi anche: Raymond e Arnaud, in *Ann. médico-psychol.*, 1892 (E. M.)].

(1) Guislain, Leçons orales sur les phrénopathies, t. I.

Un uomo, riguardante il caso descritto da Bennet, « tentava spesso di spogliarsi ed impiegava due ore prima di potersi togliere il soprabito. Tutte le sue facoltà mentali, salvo la volontà, erano integre. Un giorno domandò un bicchiere di acqua, che gli venne presentato su di un piatto; ma, pur desiderandolo, non poteva prenderlo, e lasciò il domestico in piedi avanti a lui per mezz'ora prima di poter uscire da questo stato di inazione ».

Un altro, concernente un caso curiosissimo descritto da Billod, prima di imbarcarsi a Marsiglia per fare un viaggio doveva fare una procura per autorizzare la moglie a vendere una casa. La scrisse egli stesso, la trascrisse su carta bollata, ed era lì per firmarla quando avvertì un ostacolo improvviso. Dopo avere scritto il suo nome, gli riuscì affatto impossibile fare il cognome. L'ammalato lotta invano contro questa difficoltà. Cento volte almeno fa eseguire alla sua mano, senza scrivere, i movimenti necessari per compiere quest'atto, il che prova che l'ostacolo non è nella mano; e cento volte la sua volontà restìa non riesce ad ordinare alle dita di premere la penna sulla carta. L'ammalato suda sangue per l'impazienza, batte i piedi a terra, torna a sedersi e ripete i tentativi; ma la penna non può ancora scorrere sulla carta (1).

Come dobbiamo noi psicologicamente interpretare l'abulia? Ribot è propenso a credere che questo sintoma sia dovuto ad un indebolimento della sensibilità legato alla depressione delle funzioni vitali: se gli ammalati sono incapaci a volere, " ciò succede perchè tutti i proponimenti che essi fanno non risvegliano in loro che impulsi deboli, insufficienti per spingerli ad agire „. Secondo P. Janet (2) l'abulia sarebbe piuttosto dovuta ad una debolezza intellettuale. Perchè la mente voglia un atto e lo eseguisca decisa, è necessario che abbia la nozione chiara e completa della serie delle azioni parziali che il compimento di questo atto richiede: essa deve *sintetizzare* queste azioni parziali o, meglio, le immagini che le rappresentano. Ora, tale facoltà di sintesi sarebbe diminuita negli individui affetti da abulia: donde la difficoltà di compiere certi atti, benchè l'intelligenza ne abbia ancora una nozione generale. Questa è la ragione, pella quale l'abulia sarebbe meno grave quando si tratti di compiere degli atti automatici o già antichi entrati nella pratica degli ammalati, di quanto nol siano quando gli ammalati debbano eseguire un atto nuovo, il quale esiga la facoltà della sintesi.

L'interpretazione di Janet pare debba applicarsi specialmente alle abulie isteriche; e non è affatto dimostrato che quella di Ribot non sia applicabile a certe forme di abulia, od almeno a quelle neurasteniche e degenerative.

[**Bibliografia.** — Per quanto strano ciò possa sembrare a chi sa come la scienza italiana abbia studiato in modo esauriente la criminalità nei suoi rapporti con la pazzia, sta il fatto che poverissima è la nostra letteratura psichiatrica circa alla psicopatologia della Volontà. Sulle impulsioni morbose saranno, tuttavia, utili a consultare i seguenti, oltre ai citati lavori sulle idee fisse in genere: — Livi, Frenologia forense; Ziino, Lez. di Med. legale, Napoli 1876; Lombroso, Op. varie; *passim*, e specialm. L'Uomo delinquente, II vol.; Tamburini, Monomania impulsiva (da epilessia larvata), *Riv. di Fren.*, 1877; Amadei, Omicidio per idea fissa impulsiva, Cremona 1887, op.; Morasca (allievo della mia Clinica), Sull'onomatomania, *R. Accad. med. di Genova* 1895.

Fra i molti lavori stranieri recenti, non indicati dal Ballet, si consultino Magnan, Ladame, Sérieux, Obsession criminelle morbide, *Actes du Congrès d'Anthropol. criminelle*, Bruxelles, 1892; Krafft-Ebing, Lehrbuch d. gerichtlichen Psychologie, 3ª ediz., Stuttgart 1892; Deventer, Sanguinischer Minderwerthigkeit, *Allg. Zeit. f. Psych.*, LI, 1895, p. 550 (E. M.)].

---

(1) Si legga al riguardo: Th. Ribot, Les maladies de la volonté, Parigi 1888, p. 35 vi si troveranno descritti molti e celebri esempii d'abulia presi da Esquirol); Billod, Thèse de Quincey, ecc. [?], e Rivière, Contribution à l'étude clinique des aboulies; Thèse de Paris, 1890-91.

(2) P. Janet, loc. cit. [Vedi anche dello stesso: L'automatisme psychologique, Parigi, Alcan, 1889].

Significato clinico delle fobie. — Morel, nella sua descrizione di alcune fobie, considerava queste come la manifestazione di una particolare varietà di delirio, il *delirio emotivo*, sulla cui origine morbosa egli non si è però chiaramente pronunciato. Magnan, che ha portato un largo contributo alla conoscenza dei caratteri clinici di certe fobie, si è invece decisamente pronunciato su di esse. Secondo lui, esse costituiscono delle *stigmate psichiche* o, come le chiama ancora, dei *sintomi episodici* [o *sindromi*] *della degenerazione*.

Al presente, però, si ha la tendenza, che ci pare ragionevole, di allargare il quadro delle cause capaci di determinare lo sviluppo di tale sindrome. Prima di tutto, convien notare che la fobia non ha un vero significato patologico, se non quando è ad un grado tale che si imponga per l'angoscia che l'accompagna. Giulio Falret ha con ragione fatto osservare che il primo grado della fobia è costituito da uno stato quasi fisiologico. " Tutti, egli dice, in certi momenti di stanchezza o di sovraeccitazione del sistema nervoso osserviamo in noi stessi questo fenomeno, che si verifica anche nei sogni: noi pensiamo e ripensiamo nostro malgrado ad una parola, ad una frase, ad un'idea, che ci si affaccia insistentemente al pensiero e che non possiamo scacciare; essa s'impone e ci perseguita malgrado ogni sforzo nostro „. Sarebbe certamente una esagerazione il voler ritenere per fatti degenerativi la semplice tendenza a contar le mattonelle di un pavimento, la tema dell'oscurità, la superstizione del numero 13, ecc., e le varie altre specie di fobie, quando non arrivano ad un certo grado di gravità, a meno di voler fare rientrare nel quadro della degenerazione mentale ogni fatto emozionale così comune a riscontrarsi nelle donne. In questo caso si estenderebbero talmente i limiti della " degenerazione „ che questa parola perderebbe ogni significato preciso.

Noi dobbiamo prendere in esame soltanto le fissazioni e le fobie abbastanza pronunciate da accompagnarsi a vera angoscia, e gli stati impulsivi a carattere chiaramente irresistibili. In presenza di questi ultimi, non si ha più a che fare con semplici manifestazioni di un temperamento, ma con fenomeni di natura incontestabilmente patologica. Ora, a noi non sembra affatto dubbio che le fissazioni e gli stati impulsivi di tale natura si manifestano, nella grande maggioranza dei casi, su di un terreno degenerativo, in individui cioè che, sia per ereditarietà o per affezioni congenite od acquisite nell'infanzia, presentano uno stato di instabilità e di squilibrio mentale che costituisce la manifestazione costante della degenerazione psichica. [Le paranoie rudimentarie, secondo il giusto concetto del Bonfigli, si originerebbero in cervelli gracili, deboli e deficienti, in seguito a sensazioni intense o nuove ed omogenee alle tendenze dell'individuo relativo, le quali agiscono come suggestione diretta, o provocano processi di autosuggestione (E. M.)].

In certi casi, però, pare che tali fissazioni si debbano riferire ad un semplice stato *neurastenico*, spesso ereditario, talvolta acquisito (1). In via generale, bisogna pur dirlo, esse non presentano in tali casi nè l'intensità, nè la persistenza di quelle dei degenerati. Ma si tratta di differenze di grado. [Non pertanto, l'indole neurastenica di molte paranoie rudimentarie ha penato assai prima di essere accettata in psichiatria. Fui tra i primi, se non il primo, a protestare contro la troppa estensione attribuita all'elemento degenerativo nella creazione di tale psicopatia (*a*): l'esperienza ulteriore non ha fatto che rafforzare in me

(1) Goroditsche, *Soc. médico-psychol.*, genn. 1894.

(*a*) Cfr. Morselli, Comunicazione al Congr. Medico Ital. di Pavia; *Riv. di Fren.*, 1887, e altri luoghi citati.

la convinzione che un buon numero di casi è di origine, per così dire, idiopatica, non tiene nè a labe ereditaria nè ad anomalia di costituzione psichica, ma è la risultante di stati di esaurimento passeggiero, rimediabilissimo, del cervello. Il soverchio lavoro mentale, un patema, un eccesso sessuale, la dismenorrea, la gravidanza e il puerperio, una convalescenza protratta, un trauma fisico o psichico, ecc., possono sviluppare ogni sorta di fissazioni. Ciò che però, per mia osservazione, contraddistingue le forme neurasteniche dalle degenerative, è il contenuto dell' idea incoercibile della paura e della impulsione: le neurasteniche non hanno, nella grande maggioranza dei casi, il carattere superstizioso, cabalistico, atavico che offrono le altre, e sono, fino ad un certo punto si intende, ragionevoli e sensate. D'altronde, un buon numero di scrittori moderni pone la pazzia per idee fisse fra le psicosi neurasteniche (*a*).

Si debbono poi distinguere anche i non pochi casi di vesanie primitive, massime melancolica, in cui l'idea coatta, la fobia, l'impulso incoercibile fanno parte non infrequente della comune sintomatologia. Questa avvertenza fu fatta da me più volte, ed è bene sia qui ripetuta (E. Morselli)].

Tutto ciò ci induce a concludere che la tendenza al dubbio, le fobie, l'abulia ed anche certi stati impulsivi non costituiscono necessariamente delle stigmate degenerative; ma che debbono considerarsi tali nella maggioranza dei casi (1).

[Il frequente rapporto fra la paranoia rudimentaria in tutte le sue forme, ma specialmente in quella di fobia, e le funzioni sessuali, forse esagerato dal Freud, ma ad ogni modo di frequentissima osservazione, costituisce il naturale passaggio allo studio dell'ultimo gruppo delle stimmate mentali della degenerazione (E. M.)].

III. [**Psicopatia sessuale costituzionale** (*b*)]. — Le anomalie, le aberrazioni ed i pervertimenti dell'istinto sessuale occupano un posto importante nella patologia mentale: esse costituiscono uno dei capitoli più interessanti della storia clinica dei degenerati. I lavori di Westphal (2), di Krafft-Ebing (3), di Magnan (4), di Tarnowsky (5), per tacere dei meno importanti, hanno specialmente contribuito alla conoscenza di queste anomalie. [In Italia pure

---

(*a*) Cfr. Kraepelin, Comp. d. Psych., 1ª ediz., Trad. ital., 1886, p. 365, e Psychiatrie, IVª ediz., 1893, p. 467 e segg.; — Krafft-Ebing, Lehrb. d. Psych., Vª ediz., 1893, pag. 489 e segg.

(1) Si legga: Mathieu, La Neurastenia; *Bibliot. Charcot-Debove*, trad. ital., Unione Tip.-Editrice.

(*b*) [Sinonimia]: *Anomalie, aberrazioni e pervertimenti sessuali*, Ballet, nel testo; [*Psychopathia sexualis*, Kann (1844), e Krafft-Ebing; *Paranoia corrupta*, Arndt; Parafrenia istintiva sessuale, Morselli nel 1883 (E. M.)].

(2) Westphal, Die conträre Sexualempfindung, Symptom eines nevropatisches Zustands; *Archiv für Psychiatrie*, vol. II, p. 73, Berlino 1870.

(3) Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung, Stuttgart, F. Enke, 1887. [Questo libro è arrivato in poco tempo alla sua IXª o Xª edizione; segno evidente che non si è propagato, pur troppo, solo fra i medici. Fu anche tradotto in italiano, credo, sulla IIª o IIIª edizione (Torino 1888). Il Krafft-Ebing gli ha aggiunta, in opuscolo a parte, un'appendice, anch'essa riedita più volte: Neue Forschungen auf dem Gebiete d. Psychopathia sexualis, Stuttgart, Enke, 1892; nè contento ancora, ha arricchita la letteratura psichiatrica di un gran numero di perizie, di articoli illustrativi o polemici, ecc. (E. M.)].

(4) Magnan, Des aberrations, des anomalies et des perversions sexuelles, in *Soc. méd.-psychol.*, 13 gennaio 1885, e *passim*. — Sérieux, Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel; Thèse de Paris, 1888. [Cfr. per le idee della scuola di Magnan, anche Legrain, Délires des dégénérés, già cit. (E. M.)].

(5) Tarnowsky, Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes, Berlino, [A. Hirschwald], 1886.

uscirono sull'argomento lavori pregevoli del Tamassia, del Lombroso, del Cantarano e di altri (*a*) (E. M.)].

I pervertimenti sessuali non dipendono tutti direttamente dalla degenerazione; ve ne hanno di acquisiti, dovuti ad abitudini viziate, conseguenze di abuso e di sazietà del senso genesico, o ad influenza dell'ambiente od a varii altri fattori sociali. Di questi non terremo parola; essi costituiscono *depravazione*, piuttosto che *perversione;* e lo studioso ne troverà una buona ed interessante descrizione nell'opera di Chevalier (1) [e in quelle meno scientifiche del Taxil e del Mantegazza (*b*) (E. M.].

Le aberrazioni, delle quali vogliamo trattare, sono innate ed istintive. Alcune di esse possono venire modificate od aggravate dal genere di vita, dall'ambiente sociale; ma tutte sono dovute ad un difettoso sviluppo del sistema nervoso. Negli individui, che ne sono affetti, imbecilli, deboli di mente o semplici squilibrati, il meccanesimo col quale si compiono i rapporti sessuali non è normale; onde appetiti, tendenze ed impulsi genesici molto diversi da quelli che si osservano nell'individuo normale.

Nelle condizioni fisiologiche il compimento della funzione sessuale può scomporsi nei varii elementi che la costituiscono: 1° esso richiede un eccitante, la presenza, od, almeno, la rappresentazione mentale di un individuo di sesso diverso; 2° l'impressione determinata dalla vista, dal contatto o dalla rappresentazione mentale di quest'individuo provoca un desiderio; 3° questo desiderio conduce al compimento dell'atto sessuale. Ora, nei degenerati tale funzione può essere disturbata, sviata in uno qualunque dei suoi elementi costitutivi (*c*).

1° Può aversi l'eccitamento, ma non tale da condurre fino al desiderio del contatto carnale ed al soddisfacimento fisico: esso basta all'individuo che se ne compiace e non va oltre. Tale è il caso degli *erotomani* (" cerebrali anteriori " di Magnan). Questi squilibrati sono in preda ad una passione affatto platonica, tanto intensa quanto esclusiva, che li spinge ad atti irragionevoli ed assurdi.

E questo è il caso dello studente di belle arti studiato da Magnan. In sul principio del 1879 divenne pensoso e passava lunghe ore della notte alla finestra. Interrogato circa il motivo di una tale condotta, « abbiamo bisogno di un ideale », rispondeva. Il suo ideale era *Mirto*, rappresentata da una stella. Ogni sera la contemplava, tornava a vederla prima di porsi a letto, l'adorava, bruciava in suo omaggio essenze ed incenso, declamava dei versi indirizzandoli a

---

(*a*) La bibliografia italiana della psicopatia sessuale trovasi in calce al presente paragrafo.

(1) J. Chevalier, L'Inversion sexuelle, Parigi, Masson, 1893. — Si consultino anche: Paul Moreau (de Tours), Aberrations du sens génésique, Parigi 1880: — A. Moll, [Die conträre Sexualempfindung, 1891, trad. francese col titolo erroneo, ma più commerciale, di:], Les perversions de l'instinct génital, Parigi, Carré, 1893.

(*b*) Veggasi: Mantegazza P., Gli amori degli Uomini, in due vol., Milano 1886; Léo Taxil, La corruption fin-de-siècle, VI^a^ ediz., Parigi 1891.

(*c*) [Nella breve descrizione e nella qui oltre accennata divisione dei pervertimenti sessuali, il Ballet si è attenuto alle idee del Magnan, il quale li distingue in quattro gruppi: gli *spinali*, es. l'onanismo automatico; gli *spinali-cerebrali posteriori*, es. il coito brutale senza scelta: gli *spinali-cerebrali anteriori*, es. i rapporti carnali con scelta, la pederastia, la bestialità; e i *cerebrali anteriori*, che sarebbero l'amore platonico, l'erotomania casta, il feticismo (Cfr. Magnan, in loc. cit. e presso tutti i suoi allievi, fra cui Legrain, loc. cit.). Ma questa pretesa localizzazione degli elementi fisiopsichici del sessualismo, contraria ai concetti odierni della Psicologia, non ha più valore scientifico dell'altra sedicente classificazione dei criminali fatta da Lacassagne in *frontali*, *parietali* ed *occipitali!* La descrizione più completa e la classificazione più esatta, per quanto scolastica, delle anomalie sessuali sono, al solito, quelle del Krafft-Ebing, cui potrà farsi, è vero, la taccia di scarsa originalità, ma che ha senza dubbio il merito di aver portato l'ordine e la chiarezza in molti capitoli della nosografia psichiatrica (E. Morselli)].

lei. Si tentò parecchie volte di stornarne l'attenzione accompagnandolo nella sua camera, chiudendo le finestre, impedendogli di guardare in su; tutto fu inutile: non appena restava solo, si levava di letto e non andava a riposare che dopo aver rivolto un ultimo sguardo a *Mirto*.

2º Altre volte, e si è a questa categoria che appartiene il maggior numero dei pervertimenti genitali, l'eccitamento determina erezione, soddisfacimento genesico più o meno completo, orgasmo venereo; ma esso è anormale sì per grado che per natura, e quasi sempre altrettanto tirannico quanto anormale. La *ninfomania* e la *satiriasi* sono i tipi dell'aberrazione sessuale per esagerazione di eccitabilità. L'immagine pensata o la vista di un uomo qualunque, bello o brutto, giovane o vecchio, desta nella ninfomane un desiderio irresistibile del ravvicinamento sessuale; lo stesso succede pel satiriaco, nel quale il desiderio è suscitato dalla vista o dall'immagine pensata della donna.

In altri degenerati il pervertimento istintivo si riferisce all'anomalia dello agente eccitante. Il desiderio non è più provocato, come normalmente, dal contatto, dalla vista o dall'immagine pensata dell'individuo di sesso contrario: l'appetito genesico è sollecitato da oggetti o da esseri che, nelle condizioni fisiologiche, sono indifferenti o ripugnanti; contemporaneamente, esso diventa brutale, imperioso, ed assorbe grande parte dell'attività dell'ammalato, che per soddisfarlo si dà ad atti ridicoli, molesti, reprensibili od anche criminosi. [Questo stato d'animo fu giustamente paragonato a quello che i feticisti provano davanti agli oggetti materiali di culto: è un *feticismo nell'amore* (Binet) (*a*), che può portarsi ora su parti determinate del corpo, esclusion fatta, s'intende, dalle parti e dai caratteri secondari sessuali, ora su oggetti di vestiario o di abbigliamento, ed ora perfino su oggetti qualsiansi, cui sia collegato per associazione abituale di idee (ed è il meccanismo psicofisiologico più comune di tali fenomeni) il ricordo di precedenti impressioni od emozioni d'ordine genesico. Le varietà di questo feticismo descritte dagli autori non hanno valore nosografico, ma puramente individuale (E. Morselli)].

Un individuo con labe ereditaria, dell'età di 36 anni, restò sempre indifferente avanti alle donne, non prova alcun piacere nelle relazioni sessuali e non compì mai il coito; ma è sedotto ed affascinato dai vestiti femminili, specialmente da quelli leggeri che si mettono sotto, dalle camicie di battista guernite di pizzi, dai corpetti, dalle sottane ricamate, dalle calze di seta; egli si sente spinto a contemplare questi oggetti esposti nelle vetrine dei negozi, desidera toccarli e metterli in dosso (1).

In altri, l'appetito genesico non è stuzzicato che dalla vista dei grembiuli bianchi (Magnan), del piede della donna (Krafft-Ebing), del petto (Mabille e Ramandier), dei chiodi delle scarpe da donna (Blanche), della testa raggrinzata di una vecchia ben pettinata, di una cuffia da notte (Magnan), delle trecce e dei capelli di una ragazza (Motet) (2), o dalla vista del sangue (*sadismo*). [Quest'ultimo pervertimento, però, è di gran lunga più patologico dei precedenti, e può raggiungere un'intensità spaventevole, fino alla provocazione della voluttà mediante la vista dei sussulti agonici delle vittime (*b*). Il sadismo,

(*a*) Cfr. Binet A., Le fétichisme dans l'amour, in *Revue philosophique*, XXIV, pp. 142-252.

(1) Garnier, La folie à Paris, Parigi 1890, n. 194.

(2) Motet, État mental de P. poursuivi pour avoir coupé les nattes de plusieurs jeunes filles, negli *Ann. d'hygiène*, vol. XXII, p. 381, 1890.

(*b*) Caso stupendo di sadismo fu quello del *Verzeni*, lo strangolatore di donne, che occasionò tanto scalpore ai suoi tempi, ed è forse superato solo dal famigerato *Jack*, se pure l'irreperibile sventratore non è parto di fantasia popolare. Veggasi in *Archivio ital. delle Mal. nerv. e mentali*, 1873-74; Lombroso, Verzeni e Agnoletti, Roma 1874, ristampato nel 1882; Penta, Verzeni e i pervertimenti dell'istinto sessuale, Napoli 1893, op. (E. M.).

consistente nell'associazione della crudeltà alla voluttà, ha il suo equipollente inverso nel *passivismo* (designato prima ingiustamente dal Krafft-Ebing come " masochismo „ perchè descritto in un noto romanzo del Sacher-Masoch), il quale pure assume aspetti diversi, e va dall'omaggio incondizionato di tutto il proprio io alla persona adorata e dall'annichilamento assoluto della volontà davanti ai suoi capricci, fino al bisogno dell'avvilimento, della oppressione tirannica, della sofferenza morale e fisica, fino alla flagellazione passiva (*a*). L'ultima Thule di codesti depravati è la libidine urinaria e stercoraria, di cui ripugna perfino parlare (E. Morselli)].

A codesti squilibrati si avvicinano quelli che sono presi da amore carnale per bambini, ad es. certe madri che si innamorano perdutamente dei loro figli. Garnier ne descrisse un caso, ed uno molto dimostrativo ebbi occasione di osservarlo anch'io. [L'*incesto* è, invero, nel più dei casi il prodotto della degenerazione, e si verifica nelle famiglie largamente intinte di labe ereditaria (E. M.)].

In questo medesimo gruppo entrano gli individui affetti da *bestialità*, nei quali la vista od il contatto di certi animali provoca il desiderio e talvolta l'orgasmo venereo. Finalmente, ricordiamo l'orribile mostruosità che passa sotto il nome di *necrofilia*. Il caso del sergente *Bertrand*, che nel 1847 dissotterrava i cadaveri delle donne per darsi su di essi ad atti criminali, ne è uno degli esempi più ripugnanti e più noti.

Il pervertimento sessuale descritto da Westphal col nome di [*conträre Sexualempfindung* (*b*)] e da Charcot e Magnan (1) con quello di *inversione del senso genesico*, costituisce una delle anomalie più curiose di questo gruppo: [anzi, per dir vero, costituisce una forma a sè, l'*omosessualismo* od *omosessualità*, che sta di fronte a tutti gli altri pervertimenti in cui l'istinto viene risvegliato o soddisfatto da immagini o da contatti relativi al sesso opposto, cioè all'*eterosessualismo* (E. M.)]. Gli individui che ne sono affetti, sono, per lo più, maschi, in via eccezionale donne: in essi l'appetito genesico è precisamente quello del sesso che non hanno, [vale a dire si rivolge verso lo stesso loro sesso]. Da bambino, il maschio si diletta a fare la bambina; da adolescente, si commuove alla vista di forme maschili; da adulto, non prova alcun diletto in presenza della donna; per contro, è portato istintivamente alla pederastia, come la donna al saffismo [o, per dirla più correttamente, al tribadismo ed all'amor lesbio]. Pare che in questi pervertiti il loro corpo appartenga ad un sesso, e il cervello ad un altro: si tratta, secondo fa notare giustamente Magnan, di un cervello di donna innestato nel corpo di un uomo, o viceversa, [quando, ben inteso, si accetti questa spiegazione solo in via di metafora! (E. M.)] (*c*).

(*a*) Lo Zola, nel suo celebre romanzo: Nanà, descrive con molta arte veritiera un caso di passivismo (E. M.).

(*b*) Il Ballet traduce questa designazione con *sensibilité sexuelle contraire;* il che non è esatto: dovrebbesi dire *sensazione sessuale invertita* (E. M.).

(1) Charcot et Magnan, Inversion du sens génital; *Arch. de Neurologie*, 1882.

(*c*) [Troppo breve è lo spazio assegnato dall'autore all'inversione sessuale; ma forse egli si attenne alle esigenze pratiche dell'opera, per cui scriveva. E invero, i casi di omosessualità o, come ora si dice, di *uranismo*, non cadono tanto facilmente sotto l'osservazione del medico; e più che all'arte salutare, importa alla scienza psicologica il farne uno studio accurato ed individuale. Le migliori monografie sul poco decente subbietto sono quelle, già citate, di Krafft-Ebing, di Chevalier, di Moll: ma gli stessi uranisti (che in Germania si battezzarono spontaneamente col nome di " Urningi „ quasi a dichiarare la primitività organica o costituzionale della loro anomalia affettiva), hanno una ricca letteratura propria, fra cui un certo numero di romanzi, dove soprattutto sono idealizzati gli amori lesbii. Cito qui fra i più noti: *La Religieuse* di Diderot, *Mademoiselle Maupin* di Gauthier, *M.lle Giraud ma femme* di Belot, e degli Italiani l'*Al di là* di Oriani sotto lo pseudonimo di " De Banzole „ (E. Morselli)].

3° In altri degenerati si ha, come nei precedenti, un bisogno di eccitamento anormale; ma questo basta a soddisfarli senza che si abbia eiaculazione, ed in qualche caso, nemmeno erezione. Tali sono certi *esibizionisti* (1). Gli esibizionisti appartengono a categorie molto diverse: fra di essi, vi hanno dei semplici depravati, dei deboli di mente, dei paralitici generali, dei vecchi dementi, degli epilettici (*a*). Gli esibizionisti degenerati formano, però, una classe a parte; sono individui con fissazioni impulsive, e perfettamente coscienti delle loro azioni, ma che provano dei bisogni imperiosi di recarsi in certi luoghi pubblici a far mostra dei loro organi genitali. Restano soddisfatti quando sono visti dalle persone che han preso di mira (scolari, giovanette), ma non vanno oltre.

4° Ricorderemo ancora gli individui, nei quali la labe degenerativa si rivela con un'assoluta frigidità [*anafrodisia*], la quale resiste a qualsiasi eccitamento normale od anormale.

Citeremo, quale esempio, il caso di un giovane ufficiale di artiglieria, che non si commuove affatto alla vista ed al contatto delle più belle donne; egli non provò mai il minimo desiderio, non ebbe mai la più piccola erezione. È inutile il dire che si affligge di questo suo stato, conseguenza di labe neuropatica!

5° Un ultimo gruppo è costituito da individui nei quali il desiderio è esclusivamente fisico: sono gli *spinali* [!] di Magnan. L'erezione in essi è provocata da sensazioni periferiche, da una specie di bisogno bestiale, cui il cervello pare rimanga estraneo. Tale è il caso degli idioti e degli imbecilli, che si dànno macchinalmente all'onanismo, o di certi degenerati affetti da priapismo.

In sul finire, diremo qualche parola degli *ermafroditi* (2). Si distinguono un ermafroditismo interno ed uno esterno od apparente. L'*interno*, da molto tempo dimostrato, non può più esser messo in dubbio. Esso consiste nel contemporaneo sviluppo dei testicoli e delle ovaie; costituisce una mostruosità curiosa, ma rarissima, la quale ci interessa poco (*b*). L'*esterno*, od apparente, è un falso ermafroditismo. Talvolta è costituito da uno sviluppo anormale della clitoride, nella donna; tal'altra, nell'uomo, da ipospadia con sutura incompleta del solco uro-genitale, donde, sotto la verga, fra i due scroti, un cul di sacco più o meno profondo, la cui apertura può simulare la vulva. Spesso capita che, al momento della nascita, si resta indecisi sul sesso di questi pseudo-ermafroditi, e li si possono dichiarare come appartenenti ad un sesso che non è il loro, e li si allevano come tali. Dal che s'originano, in questi deformi, una condotta, delle tendenze, dei gusti, che ricordano quelli degli invertiti. In questi casi, però, il pervertimento morale è secondario, cioè subordinato alla deformità fisica (*c*).

(1) Si consultino: Lasègue, *Union médicale*, 1877; Magnan, *Soc. de méd. légale*, maggio 1890; G. Ballet, *Semaine médicale*, 25 maggio 1893.

(*a*) [Vedi sull'esibizionismo da epilessia: Morselli, Esposizione degli organi genitali come equivalente epilettico; *Boll. R. Accad. Medica*, Genova 1894].

(2) Si legga la descrizione dell'ermafroditismo e dei casi che vi si riferiscano nel Chevalier, loc. cit., pag. 282, [meglio ancora nel Krafft-Ebing, loc. cit. e nella diligente monografia di Debierre, Lione 1893 (E. M.)].

(*b*) [Per quanto è a mia conoscenza, non esiste a tutt'oggi che un solo caso, che sembra accertato all'autopsia, di ermafrodismo vero duplice nella specie umana. È stato illustrato da Heppner in *Archiv f. Anat. u. Phys.*, 1870, ed io ne ho data la figura nella mia: Antropologia generale, Lez. XVI, p. 646 (E. M.)].

(*c*) [Un ermafrodito spurio, che si mostrava l'anno scorso al pubblico, era dedito alle pratiche uraniche; ma nello stesso tempo compieva, imperfettamente, la copula con una donna. Egli fu studiato e presentato in scuola dal mio egregio amico il prof. Severi, docente di medicina legale nell'Università di Genova (E. M.)].

[Un'esposizione delle anomalie e dei pervertimenti sessuali più completa di questa del Ballet, sebbene compendiosa, si troverà nel mio: Manuale di Semeiotica (vol. I, pag. 213 e vol. II, pag. 666-683). Credo non discaro al lettore che io aggiunga qui la mia classificazione dei fenomeni psicopatici della vita sessuale: essa, del resto, non tocca soltanto le degenerazioni psichiche, ma tutte le forme di abnormità genesica nella pazzia in generale.

Io divido, adunque, tali fenomeni in cinque gruppi: 1° le tendenze sessuali compaiono fuori del tempo che sarebbe determinato dalle condizioni anatomo-fisiologiche degli organi della generazione: è l'*eterocronia sessuale*; 2° le tendenze diminuiscono d'intensità, fino a cancellarsi del tutto dalla vita psichica dell'individuo: *ipoestesia* ed *anestesia sessuale;* 3° le tendenze sono aumentate di intensità e frequenza, occupano una parte eccessiva nella vita psichica dell'individuo, e lo inducono ad un dispendio esagerato di energia nell'esercizio delle funzioni riproduttive: *iperestesia sessuale;* 4° le tendenze vengono risvegliate da stimoli incongrui, sia sensoriali, sia rappresentativi, e sono soddisfatte la mercè di atti non strettamente necessarii al conseguimento dello scopo fisiologico, e neppure diretti alla vera finalità della funzione generativa: *parestesia sessuale* (pervertimenti, propriamente detti, dell'istinto); 5° le tendenze, in opposizione assoluta con la evoluzione bio-psichica del dimorfismo sessuale della specie, sono risvegliate da sensazioni od immagini relative ad individui del proprio sesso: *omoestesia sessuale* (inversione dell'istinto).

Limitandomi qui ai fatti abnormi del quarto e quinto gruppo, ecco come io li distinguerei a seconda del modo onde si risveglia e si soddisfa l'istinto:

1° Parestesia sessuale: — a) *Soddisfacimento automeccanico delle tendenze,* cioè « autosessualismo ». — In prima linea, l'onanismo in tutte le sue forme, che conclude al narcisismo od autolatria; poi le aberrazioni più o meno transitorie, il priapismo algofilico, l'introduzione di corpi estranei nel retto o autosodomismo, nell'uretra, nella vagina, ecc.

b) *Soddisfacimento anomalo della tendenza su o con persona dell'altro sesso,* cioè « eterosessualismo abnorme ». — Si devono col Krafft-Ebing distinguere i casi in cui l'individuo è potente da quelli in cui è semi-potente od impotente a coire: — α. nel primo sottogruppo abbiamo l'incesto, lo stupro ed altre forme di violenza carnale, la voluttà crudele ed omicida, la necrofilia e la bestialità; — β. nel secondo caso, abbiamo tutti i più noti raffinamenti di libidine (che però non sono d'indole degenerativa, ma da esaurimento nervoso); poi, come manifestazioni addirittura psicopatiche, il bisogno di imagini ed azioni sanguinarie, la prevaricazione di bambini del sesso opposto, il passivismo, il feticismo, il bisogno di associare le più varie e strane sensazioni od imagini a quelle di contenuto sessuale, l'esibizionismo.

c) *Soddisfacimento eventuale della tendenza con o su persona del medesimo sesso,* cioè « omosessualismo spurio ». — Qui collocansi aberrazioni sessuali da raffinamento o da necessità sociali transitorie, non da tendenza congenita: tali sono le pratiche sodomitiche, la pederastia, la corruzione violenta di minorenni del proprio sesso, l'amor lesbio, il tribadismo, ecc. (Sono frequenti nelle comunità numerose di individui del medesimo sesso, ad es. nei collegi e conventi, nelle caserme, nelle carceri, negli stessi Manicomii).

2° Inversione sessuale, cioè « omosessualismo vero ». — La tendenza è originaria, e nei casi gravi si associa ad anomalie somatico-antropologiche. Quattro gradazioni: α. l'uranismo incompleto, quando l'individuo propende a soddisfare indifferentemente il bisogno erotico con persone d'ambo i sessi (*ermafrodiasi psico-sessuale*); — β. l'assoluto, quando le tendenze si rivolgono solo a persone del proprio sesso ed esiste frigidità pel sesso opposto (*omosessualità parziale*); — γ. il completo, quando oltre all'istinto è invertita l'intera vita psichica, così da aversi anche le tendenze morali, l'emotività, le idee del sesso contrario (*femminismo, mascolinismo*); — δ. il teratologico, quando non solo l'animo ma anche il corpo ha vizi di

conformazione richiamanti i caratteri del sesso opposto (*androginia, ginandria*, o « pseudo-ermafroditismo », essendo ancora dubbia la possibilità dell'ermafroditismo vero fisico e psichico nella specie umana).

Bibliografia. — Fra i lavori psichiatrici italiani su questo argomento, oltre ai citati da me nelle note anteriori, segnaliamo: Tamassia A., *Riv. sper. di Fren.*, 1878; Lombroso, op. già cit., e spec. *Arch. di Psich., Antr. crim., Sc. pen.*, I-XVI, *passim;* Il tribadismo nei Manicomii, ivi, 1881; Prefaz. alla trad. ital. del Krafft-Ebing, Psicopatia sessuale, edita dal Bocca; Cantarano, Contr. casistica inversione istinto sessuale, *La Psichiatria*, I, 1883; Invers. e perv. dell'istinto sessuale, ivi, V, 1887; Morselli, *Riforma medica*, marzo 1888; D'Abundo, Istero-epilessia nell'uomo con invers. sessuale, *La Psichiatria*, 1889; Raggi, Aberrazione del sentim. sess. in un maniaco ginecomasta; *Arch. mal. nerv.*, 1882; Virgilio G., Invers. e pervert. sess. con stupro; *Il Manic. mod.*, V, 1889; Frigerio, Anomalie sessuali; *Arch. di Psich., Antrop. crim.*, 1893; Pieraccini A., (buona perizia), *Raccoglitore medico*, 1894 (E. Morselli)].

III.

[PSICOSI EPISODICHE DEI DEGENERATI

(*Psicosi eventualmente sviluppate sul fondo della degenerazione mentale*) (E. M.)].

Sinonimia: Delirii dei degenerati [Ballet, nel testo; Delirii da degenerazione, Magnan; Follia dei degenerati, Dagonet; Episodii intercorrenti (della paranoia), Tanzi e Riva; Episodii di vera pazzia e Disturbi psichici transitorii della neurosi ereditaria, Schüle; *Psychische Entartungsprocesse*, Kraepelin (in parte); Psicosi degenerative pr. dette, Bechterew (id.); Sindromi episodiche della psicopatia degenerativa (Korsakoff) (E. M.)].

Considerazioni generali. — Riguardo ai " delirii „ [o, meglio, alle psicosi] da degenerazione, esistono grandi divergenze fra gli autori. Non vi ha accordo sui limiti di questo gruppo : i dissensi sono ancor maggiori quando si paragoni la descrizione degli autori stranieri, specialmente dei tedeschi [ed italiani], con quella di certi francesi; ma anche in Francia, potrebbe anzi dirsi specialmente in Francia, si è lungi dall'avere un accordo fra gli alienisti.

Magnan, che dei degenerati ha fatto la classe più ampia, considera quali " delirii da degenerazione „ tutti quelli che non sono dovuti alle entità morbose che abbiamo fin qui studiate, mania e malinconia franche, delirio sistematizzato di persecuzione, pazzia intermittente; e che non sono delirii sintomatici di intossicazione o di nevrosi. Secondo questo autore, tutte le pazzie transitorie o permanenti, generali o parziali, manifestatesi senza causa occasionale apprezzabile o per un incidente qualunque (emozione morale, puerperio, affezione organica), debbono invece essere classificate fra le pazzie degenerative, dalle quali sarebbero escluse soltanto quelle or ora nominate.

Gli autori stranieri restringono tutti più o meno grandemente il quadro della degenerazione: e sotto il nome di *paranoia* (1), di *Wahnsinn*, di *Verrück-*

(1) Riguardo al significato della parola *Paranoia* si legga: Séglas, negli *Arch. de Neurologie*. [È un'ottima rassegna critica, pubblicata nei nn. 37, 38, 39. L'esimio alienista francese, discutendo l'esistenza della così detta " paranoia psiconeurotica „ o " delirio sistematizzato acuto guaribile „ ammessa per la prima volta dal Westphal, poi da Meynert e suoi scolari, da Mendel, Amadei e Tonnini, e da Schüle, la nega recisamente; e si unisce così a me, Tanzi e Riva, Krafft-Ebing, Pelman, Kraepelin, Spitzka, Levinstein-Schlegel, ecc. per dire che essa non ha nessuno dei caratteri patognomonici delle " paranoie „ e deve essere aggregata alle vesanie primitive, ora nel capitolo delle

theit, descrivono dei " delirii a sistematizzazione più o meno perfetta „, acuti gli uni, cronici gli altri, la maggior parte dei quali sono da Magnan classificati fra le pazzie dei degenerati. Ciò che è innegabile, ove non si vogliano escludere dalle descrizioni psichiatriche molte forme di disturbi mentali, si è la necessità o di raggruppare radicalmente, come fa Magnan, tutte queste forme e varietà fra i delirii da degenerazione, o di descriverle partitamente, come fanno alcuni trattatisti stranieri. Ora, in Francia, lo studio di quelle svariate forme di pazzia, che costituiscono la " paranoia „ dei Tedeschi e degli Italiani, fu alquanto trascurato, [e noi, in altro luogo, ne abbiamo viste le conseguenze (*a*) (E. M.]. Troppe, fra esse, sono, secondo noi, a torto considerate [dagli alienisti francesi] come semplici modalità della malinconia o lipemania, colle quali le si descrivono ancora oggi: altre, a decorso cronico ed a sistematizzazione più perfetta, costituiscono pei Francesi altrettante forme della [sedicente] " pazzia parziale „, per cui sono studiate colle monomanie, alle quali così viene riservata un'autonomia forse non troppo razionale.

Noi crediamo che tutte le modalità della paranoia (lasciando in disparte il delirio cronico a evoluzione sistematica, che figura fra le *paranoie* dei Tedeschi [e che in questa traduzione italiana fu descritto sotto il suo vero nome di *paranoia tardiva*, perchè si svolge in personalità completate) (E. M.)], non possono, senza forzare i fatti clinici, essere considerate quali varietà della pazzia degenerativa. Così crediamo che sarebbe opportuno riservare un capitolo alla descrizione delle forme di pazzia sistematizzata acuta o cronica, le quali, pur essendo ben distinte dalla vera lipemania, non appartengono propriamente al quadro della degenerazione. È certo, però, che queste forme, bene osservabili a quando a quando nella clinica, non sono finora state sufficientemente definite e scientificamente classificate. Per convincersene, basterà vedere la confusione che ancor regna nella suddivisione delle paranoie ammesse dagli stranieri. Perciò, malgrado le riserve che crediamo doverose circa l'estensione data da alcuni autori al gruppo delle pazzie degenerative, noi descriveremo con essi, fra i delirii degenerativi, i disturbi mentali che all'estero passano sotto il nome di *Paranoia*, *Wahnsinn*, *Verrücktheit:* e questa crediamo sia la maniera migliore per evitare l'oscurità su di un argomento, sul quale non tutti sono d'accordo, e dove l'oscurità è il difetto più temibile (1).

---

eccitazioni maniache, ora delle melancolie, più spesso ancora (io aggiungo) in quello delle amenze confusionali allucinatorie. Rileverò un altro fatto, che dimostra la perspicacia clinica del Séglas.

Parlando del mio saggio di classificazione (su cui, naturalmente, i colleghi italiani hanno taciuto), egli ha compreso assai bene che il termine ed il concetto nosologico di *paranoia* sono, secondo me, associati indissolubilmente all'idea di un fondo costituzionale psichico, sia desso ereditario, congenito o acquisito. Ecco perchè non posso ammettere l'esistenza di una " paranoia „ *psiconeurotica* acuta o guaribile. Non pertanto io accetto di designare come *paranoie acute* gli episodii allucinatorii intercorrenti e gli attacchi deliranti a rapido sviluppo e a non meno rapida risoluzione, quasi sempre però commisti a caratteri confusionali, che si svolgono sul fondo degenerativo o nei paranoici originarii o in quegli individui " paranoioidi „, dove il delirio sistematico tanto spesso abortisce. Di ciò sarà riparlato più innanzi: qui noterò solo che chi, a mio avviso, in Italia ha meglio compresa e trattata la presente questione, è il dott. GRIMALDI, nella Memoria: Contributo allo studio delle psicosi degenerative, nel *Manicomio moder.*, V, 1889, pp. 240 e 346 (E. MORSELLI)].

(*a*) Veggansi le mie note ed aggiunte al capitolo della *Paranoia sistematica tardiva*, pp. 208-236 (E. M.).

(1) Per evitare letture inutili a chi volesse farsi una nozione più completa delle idee, dalle quali i varii autori sono partiti per stabilire la classificazione che noi non possiamo che accennare, consigliamo le opere seguenti: DAGONET, Traité, Parigi 1894 [pp. 394-436]; LEGRAIN, Du délire chez les dégénérés, 1886; SCHÜLE, Trattato clinico delle malattie mentali [trad. italiana, 1890, p. 413-18]; RÉGIS, Manuel, ecc., 2a edizione, Parigi 1892, [pp. 125 e 297. — Per gli episodii intercorrenti nella

I degenerati vanno soggetti facilmente a *pazzia* [o, gallicamente, a " delirii „ (*a*)]. In certi casi passano dallo stato di semplice squilibrio mentale, che è il loro modo naturale di essere, a quello di pazzia, senza che alcuna causa apprezzabile possa dare la ragione di questo mutamento ordinariamente temporaneo. Altre volte esso avviene in seguito ad *emozioni morali*, dispiaceri, preoccupazioni, fatica intellettuale o *fisica*. Sulla genesi [dell'attacco vesanico] hanno anche grande influenza alcuni stati fisiologici: nella donna la *mestruazione*, la *gravidanza*, il *puerperio*, l'*allattamento*, specialmente se in soggetti deboli ed anemici, la *menopausa;* nell'uomo, la *pubertà*, la *vecchiaia* dispongono ad impazzire, specialmente se lesioni arteriose diffuse o circoscritte hanno indebolito la resistenza del cervello. Le affezioni acute o croniche del cuore, del fegato, dell'utero possono anche costituire altrettante cause occasionali. Frequentemente troviamo gli *abusi alcoolici;* per influenza dei quali i degenerati possono andar soggetti ad una psicosi tossica. Ma in essi possiamo assistere anche ad un accesso di pazzia alcoolica semplice; in questo caso l'alcool agisce solamente da eccitante in via secondaria, e non pella sua azione tossica. Volgarmente si dice che l'ammalato ha *inaffiato* il suo disordine mentale.

Non ci meraviglieremo affatto che queste molteplici cause, gravi o lievi, possano determinare lo scoppio della pazzia, giacchè può dirsi che i degenerati [appunto per la debole costituzione della loro personalità morale] sono continuamente minacciati dal pericolo di insanire. Alcuni di essi si esaltano e si eccitano abitualmente pella minima causa; ora, da questo stato di esaltamento a quello di eccitazione maniaca corre un brevissimo passo. Ve ne hanno altri che si abbattono e si deprimono alla minima impressione, che da una frivola contrarietà sono immersi in una profonda tristezza; di guisa che essi si trovano sempre alle frontiere della malinconia. D'altra parte, abbiamo veduto che i degenerati sono spesso diffidenti all'eccesso, invidiosi, sospettosi, convinti che verso loro si manca di previdenza e di bontà. Altri sono specialmente orgogliosi, pieni di sè stessi, hanno delle pretese ridicole ed una confidenza illimitata nelle loro attitudini e nelle loro facoltà. Buon numero di essi, per l'educazione, tendono al misticismo; poveri di mente, sono assetati di " meraviglioso „, si entusiasmano per lo spiritismo, per i tavoli giranti e parlanti, [per l'ipnotismo, per ogni sorta di occultismo], e si dànno con vero esaltamento alle pratiche religiose, [quando non diventino i proseliti di una setta qualsiasi, di una qualche chiesuola a base di fantasticherie, ecc. (E. M.)]. Tali disposizioni conducono facilmente alla vera pazzia; chè anzi esse stesse può dirsi costituiscano il germe di un delirio, che in un caso sarà mistico, in un altro sarà ambizioso, mentre nel diffidente assumerà carattere di persecuzione, e così via via. Difatti, la

---

paranoia degenerativa, veggasi: Tanzi e Riva, La Paranoia, loc. cit.; *Riv. Fren.*, 1884, pag. 422, e 1886, p. 106. — Per la così detta " paranoia psiconeurotica „, veggansi soprattutto i seguenti italiani: Amadei e Tonnini, loc. cit.; *Arch. Mal. nerv. e ment.*, 1883, p. 420, e 1884, pp. 8 e 27 (la lettura della loro Osservaz. VIª mi porta a vedervi una psicosi episodica da degenerazione; nell'Osserv. VIIª sono evidenti i caratteri lipemaniaci; la VIIIª e la IXª, *inguaribili*, malamente si distinguono dalla paranoia tardiva sistematica); — Grimaldi, loc. cit.; *Il Manic. mod.*, 1889 (a pag. 419 vuole eliminata la denominazione di " attacchi psiconeurotici „ e dimostra lucidissimamente l'indole degenerativa delle paranoie tardive acute) (E. M.)].

(*a*) [Una volta per tutte, avverto che in questo capitolo, ai termini *délire*, *délires des dégénérés*, *délires de dégénérescence* usati dal Ballet in conformità alla nomenclatura francese (Magnan), ho sostituito, quando la sostituzione era indicata, quelli di *psicosi*, di *stati* o *episodii vesanici*, o di *pazzie intercorrenti* pr. dette dei degenerati. Nella terminologia psichiatrica sarebbe opportuno restringere il nome di " delirio „ ai disturbi di ideazione (E. M.)].

vesania degenerativa affetta spesso la sua forma e la sua espressione alle tendenze ed alle idee abituali degli ammalati (*a*).

[I.]. **Eccitazione maniaca e Mania** [**degenerative.** — *a*] Il manifestarsi della *eccitazione maniaca* nei degenerati è un fatto abbastanza frequente, soprattutto in quelli che, abitualmente, si fanno segnalare per l'instabilità del carattere e del loro umore. In seguito ad una fatica, ad un'emozione morale, ad un dispiacere, ad un eccesso, specialmente se alcoolico, il degenerato si *esalta*. Ei diventa più irrequieto, dorme male, parla con maggiore volubilità; è preso da un'attività straordinaria; fa mille progetti che, appena concepiti, subito abbandona; ciarla di letteratura e di poesia; vuol darsi a grandi imprese; parla volentieri delle sue facoltà, della sua fortuna; stanca colle sue visite ed annoia colla sua verbigerazione tutte le persone che l'accostano. Questi esaltati presentano una certa somiglianza con alcuni paralitici generali nell'inizio dell'affezione; ma col riposo, coll'isolamento, il loro stato [episodico] ordinariamente si modifica presto, ritorna la calma, e tutto rientra nella norma [o, per dire più correttamente, nello stato consueto di disquilibrio costituzionale (E. M.)].

b] Altre volte si hanno sintomi più gravi, [cioè il quadro di una *mania delirante*, che può essere *religiosa*, *ambiziosa*, *erotica*, ecc., a seconda del contenuto del delirio (E. M.)]. Alla sovraattività di tutte le facoltà cerebrali (intelligenza, sensibilità, memoria) si aggiungono idee di ambizione chiaramente assurde. L'ammalato crede di possedere un miliardo, di aver fatto delle invenzioni strepitose; ha costrutto un aratro col quale ara tutta la terra in pochi minuti; è un musico di primo grado, un compositore fuori concorso; parla con enfasi delle sue immaginarie relazioni con persone celebri; si copre di oggetti d'ornamento ridicoli, si agita continuamente, canta e vocifera di giorno e di notte, interroga con tono arrogante ed insolente quanti gli stanno vicini. [Per lo più tale stato si accompagna con un notevole grado di eccitazione sessuale, massime nelle donne: le ammalate parlano volentieri a doppio senso, usano espressioni lubriche, si acconciano stranamente per tentare di sedurre gli uomini con cui vengono in rapporto (nei manicomii dirigono le loro persecuzioni erotiche sui medici), si scoprono il seno, si abbandonano anche sfrenatamente all'onanismo.

In questo esaltamento, come del resto in tutte le forme di mania degenerativa, si notano una intensa impulsività ed una perdita più o meno completa del senso morale: egli è che la pazzia mette a nudo le profonde anomalie e le costituzionali deficienze della psiche, e l'ammalato si appalesa sempre più stravagante, più perverso, più violento e pericoloso per le sue tendenze distruttive che non nella mania vesanica semplice (E. M.)]. In certi giorni è più ragionevole e più calmo; si potrebbe credere ad un miglioramento definitivo, mentre si assiste soltanto ad una semplice remissione passeggera; l'indomani od il giorno seguente l'eccitazione aumenta, e le cose possono restare in questo stato per più settimane od anche per più mesi.

(*a*) Questo fu già dimostrato nel quadro della " paranoia semplice originaria espansiva " (pag. 290 s.), soprattutto a chi voglia tener conto del modo com'essa è stata da me considerata nelle mie designazioni, note ed aggiunte. Certe forme di paranoia originaria, la mistica, l'ipocondriaca, l'erotica, la persecutoria anche, sono così immedesimate nel loro decorso e nei loro sintomi con l'evoluzione *storica* della personalità del degenerato, che ci riesce impossibile dire dove termini l'anomalia costituzionale dell'affettività, dell'ideazione, ecc. di costui, e dove cominci la vera e propria pazzia (E. M.).

c] Finalmente, si dànno casi nei quali l'esaltazione cerebrale è tale da rivestire i caratteri di un vero accesso di *mania* [*grave:* chè anzi, molti alienisti tedeschi e russi (ad es. Schüle, Bechterew, ecc.) considerano la mania furiosa, la " Tobsucht ", come affatto caratteristica dei cervelli invalidi o affetti da profonda labe gentilizia (E. M.)]. L'impressionabilità sensoriale diviene così viva, l'associazione delle idee così rapida, che l'ammalato è nell'assoluta incapacità di fissare la sua attenzione. Il suo linguaggio è sconnesso, i gesti sono disordinati, le parole si seguono senza alcun nesso logico, le frasi pronunciate sono senza senso. Riesce vano il cercare di scoprire le idee dell'ammalato dalle sue attitudini e dal suo modo di parlare. In verità, nel cervello di questi maniaci non esiste alcuna idea fissa: l'intelligenza sollecitata in tutti i sensi dalle impressioni esterne, dal suono di una parola, erra quasi alla ventura. Le allucinazioni uditive o visive, le illusioni concorrono ad aumentare la confusione delle idee. Di tanto in tanto, se la mobilità delle sensazioni e dei pensieri cede ad una calma relativa e temporanea, l'ammalato esprime qualche vaga idea di ambizione o di persecuzione. Ma queste idee multiple e cangiantisi continuamente scompaiono ben presto nel turbine dei pensieri, che si susseguono senza posa con una singolare volubilità. [Gli atti di tali infermi hanno un prevalente carattere reflesso: sono, cioè, subitanei, rapidi, violenti, e il loro contegno raggiunge l'apice del disordine: li si direbbe in preda ad una convulsione dei centri psicomotorii (furore caotico). Se si guarda bene il disturbo della loro intelligenza, più che a semplice esaltamento, tiene a confusione; e lo prova il fatto che la coscienza dei maniaci vesanici non è mai così profondamente oscurata come nei degenerati. Vero è che lo stato obnubilare è breve e termina senza lasciare traccie: ma questa transitorietà è altro particolarissimo carattere delle psicosi intercorrenti sul fondo della degenerazione, le quali hanno assai di sovente note epilettoidi (E. Morselli)].

La mania dei degenerati, come la mania semplice, ordinariamente è curabile, ma recidiva con grande facilità. Certi accessi si manifestano addirittura all'improvviso senza i prodromi di tristezza, di apatia, di cefalalgia, che spesso precedono lo scoppio di un accesso di mania vesanica. Alcune volte sono così improvvisi, che si potrebbe essere indotti a credere di avere a che fare con una forma di mania epilettica. Altrettanto rapidamente avviene talvolta la guarigione; essa può effettuarsi durante una sola notte: l'ammalato si pone in letto molto agitato e si leva guarito (*mania transitoria*) (1). La durata degli accessi è molto varia: ve ne hanno di quelli che non durano più di un giorno, ed altri che si protraggono per mesi. Non sempre quelli, nei quali l'agitazione ed il disordine delle idee sono maggiori, durano più a lungo degli altri.

[II.]. **Depressione malinconica e Malinconia** [degenerative. — *a*] Contrariamente agli ammalati, dei quali abbiamo parlato or ora, che si eccitano per influenza delle varie cause fisiche o morali capaci di impressionarli e cadono in preda ad eccitazione maniaca od a vera mania, ve ne hanno altri che tendono piuttosto alla malinconia. Un dispiacere, un lutto domestico, un incidente

(1) Krafft-Ebing, Mania transitoria; *Monogr.* 1865. [Veggasi quanto fu aggiunto da me al capitolo della *Mania*, pag. 98 di questa trad. italiana. Se leviamo i casi di frenesia, o, altrimenti, di mania ed angoscia transitorie, in cui agiscono l'epilessia o la intossicazione (alcoolismo, febbri infettive, ecc.), i non molti casi, che ci rimangono, di " disturbi psichici transitorii " si svolgono ordinariamente sul fondo di una costituzione neuropatica, quando non sono manifestazioni improvvise e fugaci d'una psicosi latente e dissimulata (E. M.)].

disgraziato o semplicemente molesto li abbattono e li deprimono straordinariamente. Essi diventano tristi, taciturni, incapaci a fare qualsiasi cosa per parecchi giorni, [e finiscono col presentare l'aspetto clinico di una *melancolia ragionante.* Anzi è questo il carattere che per lo più contraddistingue gli stati depressivi degenerativi: l'irritabilità dell'umore, la scarsa affettività altruistica, l'egoismo profondo, la caparbietà, lo spirito di contraddizione, si associano con una apparente integrità dei processi logici, che li rende gli infermi più infastiditi e più fastidiosi. Nella loro incontentabilità monotona e sragionata essi diventano veri " ipocondriaci morali „ (Falret): ed è specialmente la degenerazione isterica, che conduce a queste effervescenze di malumore (E. Morselli)].

b] In altri la *depressione malinconica* è ancor maggiore e dura più a lungo, [riproducendo il quadro fenomenico della *malincolia passiva*, sempre però con una certa debolezza dell'elemento emotivo e con una sproporzione fra le idee e i sentimenti di tristezza da un lato, e gli atti, la condotta e le reazioni psichiche dei malati dall'altro (E. M.)]. Costoro provano ripugnanza per ogni cosa, che, ordinariamente, prima li interessava: le donne non possono più occuparsi delle loro faccende domestiche; gli uomini, dei loro affari. Fuggono il mondo; le distrazioni riescono loro più moleste che piacevoli: parlano volentieri di morte, ed alcuni possono anche arrivare al suicidio. Certe morti volontarie apparentemente inesplicabili, si debbono ritenere nei degenerati ereditari quale conseguenza di uno di questi accessi abitualmente passeggeri di depressione malinconica.

c] In altri casi i disturbi si accentuano maggiormente, e ci troviamo in presenza di un vero accesso di *malinconia* [*con idee deliranti*]. Però la malinconia franca, quale l'abbiamo descritta in un capitolo antecedente, non è frequente a riscontrarsi nei degenerati. Le forme che abitualmente passano sotto questo nome sono dei delirii sistematizzati [d'indole paranoica, cioè delle paranoie originarie più o meno tendenti a sistemazione, le quali abortiscono per deficienza di energie mentali (E. M.)]. In esse pertanto l'idea delirante, ora ipocondriaca, ora di colpevolezza, ora di persecuzione, costituisce il fenomeno primordiale e predominante, contrariamente a quanto si osserva nella malinconia vesanica dove la depressione [del tono affettivo, col corredo indispensabile della depressione] intellettuale e fisica, costituisce il fatto morboso primitivo. I degenerati divenuti malinconici, sono, in altri termini, assai meno malinconici che deliranti: la tristezza e la depressione che ci mostrano, sono ordinariamente in essi la conseguenza di idee morbose, le quali si impongono primitivamente alla loro intelligenza. Il disturbo, di cui sono affetti, corrisponde a certe forme di paranoia dei Tedeschi, specialmente a quelle che Schüle descrisse sotto il nome di *delirio sistematizzato acuto sensoriale* o di *delirio sistematizzato acuto malinconico.* E così lo descriveremo meglio in un paragrafo successivo.

[Prima però di passare oltre, dobbiamo qui far cenno di un'altra forma psicosica, che non entra, strettamente parlando, nel quadro delle manie e melancolie degenerative, sebbene molti alienisti le confondano con esse: alludo all'amenza.

III. **Amenza ed episodii confusionali e stupidi dei degenerati.** — Sul fondo della degenerazione, sia essa semplicemente nello stato così detto normale, abbia invece assunto l'aspetto subacuto di una qualche psicosi degenerativa,

soprattutto nel decorso delle paranoie, possono svolgersi episodii più o meno lunghi e processi più o meno netti di amenza in tutte le sue forme.

a) Alcune volte si presenta coi caratteri di una semplice *confusione mentale* o *disnoia:* si direbbe quasi che il cervello degli ereditarii vada soggetto di quando in quando a periodi di esaurimento. Del resto, la confusione è sintoma evidentissimo di debolezza cerebrale, come lo prova il suo apparire nella decadenza dei pazzi e deliranti cronici. Tali accessi confusionali spesso tengono a cause fisiche (eccessi di fatica, masturbazione, menstruazione, lievi infezioni, traumi, ecc.), oppure a cause morali (emozioni, castighi dei genitori o maestri, contrasti domestici, ecc.): però sempre si osserva una notevole sproporzione fra lo stimolo provocatore della crisi confusionale e l'intensità dei disturbi psichici di questa. Ricordiamoci poi che un gran numero degli episodii vesanici svolgentisi sul fondo isterico, hanno tutta la sintomatologia della disnoia (*a*).

b) Ma in altri casi, e costituiscono purtroppo la maggioranza, l'amenza giunge al grado di *stupore*, con o senza sintomi *catalettiformi.* Quando questi ultimi le si associano e sovrappongono, abbiamo il quadro, già ricordato altrove, della catatonia o vesania catatonica: ma è l'evenienza più rara. Ordinariamente si tratta della stupidità semplice, di quella che passa nei manuali sotto il nome di " demenza acuta primitiva „; salvo che nei degenerati, per la facile esauribilità del cervello, non resta " guaribile „ come lo pretenderebbe il nome datole malamente in Germania, ma termina quasi costantemente o, almeno con altissima proporzione, nella demenza.

È difficile stabilire se non siano questi i casi considerati dai Tedeschi come *demenza precoce* dei degenerati (*dementia praecox*, Kraepelin), ma io opinerei per l'affermativa. L'età giovanile degli infermi, il fondamento costituzionale psicopatico, le anomalie preesistenti del carattere e dell'emotività, il rapporto intimo coi fenomeni della vita sessuale, il rapido subacuto sviluppo dei disturbi ideativi e mnemonici, la puerilità degli atti pazzeschi, la verbigerazione confusa seguìta da sindromi pseudoafasiche, la prognosi infausta, il facile e pronto deterioramento mentale, sono caratteristiche troppo palesi di debilità cerebrale, perchè non si debba connettere codesta forma di " demenza „ con la amenza. I confini esistono nella nosografia scolastica, non nella clinica. Ed ecco perchè io ritengo pure non lontana da codeste psicosi degenerative la *ebefrenia* descritta da Hecker e Kahlbaum (*b*): per lo meno, molti casi di " pazzia della pubertà „ sono amenze confusionali, passate presto in amenze stupide e catatoniche, e finite anche presto in demenza (*c*) (E. Morselli)].

[IV. **Paranoia acuta pseudosistematica**]. (*Delirii improvvisi*, [*Effervescenze deliranti ed Episodii allucinatorii dei degenerati; Delirii primitivi e accessuali*

(*a*) Un esempio significativo è stato or ora pubblicato dal Tambroni, in *Boll. del Manicomio di Ferrara*, sett. 1895.

(*b*) Il Witkowsky ci ha or ora rivelato che nella " demenza primitiva grave „ dell'età pubere (leggete " ebefrenia o stati eboidi „ di Kahlbaum) esiste la degenerazione nell'80-82 %: da parte solo della famiglia, cioè gentilizia, nel 22 %; da parte della famiglia e dell'individuo, cioè originaria, nel 40 %; da parte solo dell'individuo, cioè con tara acquisita, nel 20 %. Del resto, il Pick (Ueber sogennante Dementia praecox, in *Prager med. Wochenschrift*, 1891, nn. 25-27) ha già sostenuto che la ebefrenia è solo una forma modificata di queste demenze precoci degli ereditarii (E. M.).

(*c*) Cfr. Daraszkiewicz, Ueber Hebephrenie, insbesondere deren schweren Form; *Diss. inaug.*, Dorpat 1892.

senza sistemazione (*a*) (E. M.)]. — Come spesso osserviamo nei degenerati per una causa accidentale qualunque, lieve o grave, l'insorgenza di un accesso di eccitazione maniaca o di mania, altrettanto di frequente vediamo insorgere in essi degli improvvisi accessi di pazzia che, invece di tradursi, come nei casi precedentemente studiati, con fenomeni di eccitazione o di depressione, consistono in manifestazioni deliranti (1). Il carattere di queste manifestazioni si è di essere improvvise, almeno apparentemente, e senza prodromi: esse costituiscono dei veri *delirii primitivi improvvisi* (" d'emblée "). Spesso durano brevissimo tempo, poche settimane o qualche giorno: ed ecco perchè furono chiamate *effervescenze* (bouffées) [od *episodii*] *di delirio*. [Si deve anche ricordare l'opinione di coloro, che non vorrebbero vedere in tali attacchi deliranti ed allucinatorii pseudosistematici dei degenerati, se non una forma o varietà di confusione mentale. Di tale opinione mi sembra essere il dott. Chaslin, nella cui recente monografia su questa vesania si troverà una buona, se non in tutto completa ed esatta storia della intricata questione (*b*) (E. M.)].

I *concetti deliranti* che stanno a fondamento di queste manifestazioni paranoiche, variano moltissimo in quanto alla loro natura; ma, abitualmente, sono in rapporto col carattere e colle tendenze degli ammalati. Talvolta sono idee di *persecuzione*: l'ammalato si crede circondato da nemici, vede attorno a sè stesso delle spie, si vuole avvelenarlo. Tal'altra si tratta di idee di *ambizione*: il paziente all'improvviso si crede di possedere una grande fortuna, si crede di essere generale, presidente della Repubblica, Gesù Cristo. In alcuni casi le idee deliranti tendono al *misticismo*, [ma quasi sempre sono anche allora di indole ambiziosa (E. M.)]: l'alienato vede la Vergine, parla coi Santi; il Diavolo viene a tentarlo, ma Dio ne lo protegge. Talvolta si tratta di preoccupazioni *ipocondriache* o malinconiche. D'altra parte, la natura delle idee deliranti ha poca importanza: di fatti, ciò che caratterizza queste forme di delirio si è molto meno il loro contenuto che il loro svolgersi, il loro modo di iniziarsi, la loro breve durata, le circostanze nelle quali si manifestano. Dovremo poi ritornare su tali punti: [intanto, il poco che se n'è detto, basta a dimostrare che manca in tali casi anche un altro carattere dei veri delirii sistematici, cioè il regolare rapporto di evoluzione dal delirio persecutorio al grandioso. Qui è più comune, invece, la associazione e successione del persecutorio e dell'ipocondriaco. Nota poi giustamente il Grimaldi che i delirii abortivi di queste forme acute di paranoia " rappresentano l'ipertrofia del carattere ordinario e

(*a*) È difficilissimo stabilire la sinonimia di queste forme di psicosi tuttora poco studiate in riguardo alla possibile loro indole degenerativa. Il Ballet nel testo le designa così: *Délires aigus systematisés* (*Paranoia aiguë, Délires d'emblée; Bouffées délirantes*); ed io ho tradotto il " d'emblée " per " improvvisi " o " accessuali ", e il " bouffées " per " effervescenze " o " episodii ": ma non giurerei di avere tradotto giusto. Quanto ai " délires aigus systématisés ", io penso che sia un pessimo servizio quello fatto allo Schüle (IIIª ediz., trad. ital., p. 164) dal suo traduttore francese, che con tal nome ha battezzato la *Acute Verrücktheit*. Basta leggere la descrizione delle numerose varietà di *Verrücktheit* create dall'insigne alienista di Illenau, per vedere che di " systematisé " non v'è propriamente nulla, nè nella sintomatologia, nè nella evoluzione della psicosi.

Tutti sanno poi che la parola tedesca *Wahnsinn* è addirittura intraducibile, non nel suo senso popolare (vaneggiamento), ma in quello scientifico, cioè com'è usata da Schüle, Kraepelin, ecc. Almeno il Krafft-Ebing va restringendone il significato alla confusione mentale (Vª ediz.). Ad ogni modo, nei delirii episodici, dei quali qui si discorre, ciò che manca è per l'appunto *la sistemazione* (e lo scrive il Ballet medesimo poco più avanti), salvo nei casi rarissimi in cui il delirio passa tal quale in cronicità. Ma allora però, come escludere il sospetto che non si sia trattato d'una paranoia originaria sistematica, iniziatasi (o rivelatasi?) improvvisamente e in modo acuto? (E. Morselli).

(1) A proposito di queste forme acute si consultino: Legrain, loc. cit., pag. 111 e seguenti, Schüle, Traité già cit., p. 162 e seguenti; [Grimaldi, loc. cit.; *Il Manic. mod.*, 1889 (E. M.)].

(*b*) Veggasi: Chaslin, La confusion mentale primitive, Parigi 1895, pagg. 181 e 223 s.

dell'ideazione delirante inconscia „. L'incosciente ha, invero, un grande còmpito nell'irrompere subitaneo del delirio (De Sarlo): ed io avrei osservato che qualunque siasi il contenuto di questo (sempre però prevalendo in frequenza ed evidenza le idee di persecuzione), mancano ben di rado le sensazioni abnormi cenestetiche, e, però, le preoccupazioni ipocondriache: o prima o poi queste fanno la loro comparsa nei degenerati deliranti (E. Morselli)].

Molto spesso queste idee si accompagnano ad *allucinazioni*. Nella maggior parte dei casi sono uditive o gustative [quando il delirio è di persecuzione]; son visive, se il delirio assume carattere di misticismo; [son con grande frequenza, poi, cenestesiche, specialmente nei casi di ipocondriasi o di delirio ipocondriaco-persecutorio]. Questi disturbi psicosensoriali non costituiscono però il corteggio obbligato della paranoia acuta; e quando esistono, possono figurare nel quadro clinico come fatti secondari. Laddove, invece, sono molto imponenti, imprimono talvolta alle idee deliranti una grande mobilità: la mente stenta a fissarsi, e la sistematizzazione del delirio segue ad una vera confusione delle idee (*delirio sistematizzato acuto sensoriale* di Schüle) (*a*).

Del resto, in queste forme acute, la sistematizzazione [cioè la coordinazione delle idee in un edifizio armonico], è sempre molto imperfetta: noi siamo ben lontani, qui, dalla logica rigorosa, per quanto fallace, che caratterizza le forme croniche [e soprattutto la paranoia tardiva]. La insufficiente sistemazione, [che si dovrebbe, anzi dire, *pseudosistemazione*], è dovuta, in parte alla debolezza intellettuale, della quale sono affetti d'ordinario gli individui che soggiaciono a codeste crisi deliranti od allucinatorie; in parte alla rapidità dello svolgersi di questi delirii, che non lascia tempo alle idee deliranti di organizzarsi sistematicamente. Si è quasi per abuso di parole che, per seguire gli autori stranieri [tedeschi], anche noi abbiamo parlato di " delirio sistematizzato „ a riguardo dei disturbi mentali che stiamo studiando. Ciò non pertanto si potrebbe forse conservare tale espressione per rilevare la differenza che passa fra questi disturbi, in cui l'elemento fondamentale e ordinariamente più importante è costituito dall'idea delirante, e quelli nei quali invece essa non è che secondaria ed incostante, come nella mania e nella depressione malinconica già descritte. [Ma a togliere ogni equivoco serve meglio il nome di *paranoia*, quando si sia d'accordo nell'assegnarle il significato preciso di uno stato morboso della psiche i cui fenomeni capitali risiedono nella sfera intellettuale e consistono essenzialmente in idee erronee, delirii ed allucinazioni (*b*) (E. M.)].

La prova della poca importanza della natura delle idee deliranti e della poca solidità della loro sistematizzazione, è costituita dalla varietà e dalla possibile molteplicità di esse. Quando, come accade non di rado, in uno stesso ammalato, in varie epoche della vita, assistiamo al manifestarsi di parecchi accessi di delirio, questi possono essere l'uno dall'altro diversi: nel primo accesso avremo, ad esempio, delle idee predominanti di persecuzione, nel secondo, idee di ambizione. Anzi, talvolta accade che un accesso di delirio di ambizione o mistico segua immediatamente e senza intervallo di sorta ad uno di persecuzione. Ma v'ha di più: durante uno stesso accesso vediamo spesso

---

(*a*) [È la *Acute hallucinatorische Verrücktheit*, ted.; forse la *Frenosi sensosia* (*acuta?*) d'alcuni italiani].

(*b*) Una buona definizione della paranoia (letteralmente traducendo, della " monomania originaria „), trovasi in Spitzka, Insanity, New York 1883. È la seguente: " è una forma cronica di pazzia, basata su di una labe neurodegenerativa o ereditaria o acquisita, e manifestantesi con anomalie della sfera concettuale, le quali, mentre non implicano distruttivamente l'intero meccanismo mentale, pure lo dominano „ (p. 301) (E. M.).

coincidere delle idee deliranti di diversa natura: per es. idee di ambizione e di persecuzione, idee mistiche ed ipocondriache, [più spesso ancora idee ipocondriache e persecutorie (E. M.)]. E questa è la ragione, pella quale si considerò il *polimorfismo* quale caratteristica dei delirii pseudosistematici dei degenerati, [e, specialmente, di quelli che costituiscono l'elemento primo delle loro effervescenze paranoiche accessuali (*a*).

Però è qui da avvertire che, pur essendo polimorfico, il delirio procede sempre, in conformità delle leggi psicopatologiche, dalle sue forme più lievi alle più gravi. Il fondamento degenerativo è minimo nel delirio persecutorio, discreto nel superbo, massimo nell'ipocondriaco, appunto perchè quest'ultimo trae le sue sorgenti da un profondo, costituzionale disquilibrio della personalità fisica manifestantesi dall'incosciente alla cenestesi. La coscienza, ad ogni modo, è ben raramente obnubilata anche durante l'acme dell'attacco; e l'infermo serba ricordo del suo delirio, di cui parla egli stesso con meraviglia, che gli sembra talora una specie di sogno, e non raramente è da lui dissimulato, massime se l'episodio delirante o allucinatorio sopravviene nel decorso d'una paranoia originaria sistematica, espansiva (E. Morselli)].

La *guarigione* è l'esito comune di questi " delirii „; ed essa avviene dopo un tempo che, in via eccezionale, può non oltrepassare poche ore, ma che, il più spesso, dura parecchi giorni ed, abitualmente, qualche settimana. Tale guarigione, però, non è generalmente che temporanea; di regola, gli accessi di paranoia acuta recidivano, e spesso, parecchie volte, durante la vita dello ammalato, [mettendo capo a forme intermittenti e perfino a forme circolari che, come vedemmo, sono sempre d'origine degenerativa (E. M.)].

Accade però che invece di scomparire, l'accesso acuto si continui con uno dei delirii sistematizzati cronici dei quali tratteremo nel prossimo paragrafo. [In tal caso si avrebbe quello che gli alienisti tedeschi dicono *delirio protratto* (" protrahirtes Delirium „) (*b*).

Ma in un buon numero di casi, quando la paranoia acuta pseudosistematica si svolga in cervelli troppo facilmente esauribili, conduce anche a rapida *demenza*. Sono certamente questi i casi, che il Kraepelin ha avuto in vista nel creare quella nuova forma di psicosi degenerativa che ei descrive sotto il nome di *demenza paranoide* (*c*). Egli ne dà per caratteristiche l'assenza di ogni disturbo primitivo del sentimento, l'insorgere di sragionati e incoerenti delirii persecutorii e superbi, la frequenza delle allucinazioni, la puerilità barocca del contegno, il polimorfismo delle idee grandiose di trasformata personalità, la verbigerazione, l'eccitabilità sessuale, le paramnesie, il relativo benessere fisico, e soprattutto il rapido esito in demenza inguaribile. Due terzi dei suoi ammalati erano giovani dai 20 ai 30 anni, pochi erano entrati nel 4° decennio di vita; e poichè l'autore stesso trova molte analogie fra questa sua demenza paranoide e le forme ebefreniche, io propendo a ritenerla come semplice varietà del gruppo di psicosi degenerative che qui andiamo studiando (E. Morselli)].

V. [**Paranoia sistematica originaria** (*Malattia del Sander*) (E. M.)], *Delirii sistematizzati cronici* [*dei degenerati*] (*d*). — I delirii, dei quali vogliamo ora

---

(*a*) Un bell'esempio di questo polimorfismo delirante è stato descritto da Del Greco, Consid. sopra un caso di pazzia ereditaria; *Il Manic. mod.*, 1892 (E. M.).

(*b*) Veggasi, fra gli altri, Eickholt, Beitr. z. Kenntniss d. acuten Formen der Verrücktheit, in *Zeitschrift zur Feier des XXV Jubiläums der Anstalt Illenau*, Heidelberg 1892 (E. M.).

(*c*) Cfr. Kraepelin, Psychiatrie, loc. cit. " *Dementia paranoides* „, pp. 456-466.

(*d*) [Sinonimia: — *Originäre Verrücktheit*, Sander; *Primäre Verrücktheit*, Merklin (in parte);

trattare e che chiamiamo *cronici* per contrapporli agli accessi di delirio di breve durata, dei quali abbiamo or ora parlato, non tutti sono inguaribili. Fra il semplice accesso, la cui durata non eccede una settimana, e la pazzia [precoce e primitiva] che non termina in guarigione, si hanno tutte le forme intermediarie possibili: abbiamo cioè dei delirii che durano parecchi mesi, ed altri che non scompaiono se non colla morte dell'individuo. Ciò val quanto dire che, clinicamente, non esiste un limite netto fra i due gruppi da noi ammessi.

Il grado di sistematizzazione delle idee deliranti dipende poi in gran parte dal grado dell'intelligenza dell'ammalato: e perciò, se non fosse per tema di moltiplicare troppo le suddivisioni, potremmo anche ammettere un delirio cronico dei *degenerati con debolezza mentale* opponendolo a quello dei *degenerati con solo squilibrio mentale.*

I delirii cronici dei primi portano sempre l'impronta del terreno, sul quale si sono svolti. Un'intelligenza debole, incapace di un giudizio retto, senza spirito critico, che arriva a stento ad associare logicamente le idee, è incapace di organizzarle sistematicamente. La puerilità delle idee, la loro grossolana inverosimiglianza, la mancanza assoluta di logica, tradiscono la debolezza del cervello ove son nate; [e queste sono le forme di paranoia originaria che più frequentemente abortiscono, che non giungono a costituire colle idee deliranti un edifizio bene armonizzato, e che rimangono per ciò scoloriti abbozzi di un vero delirio coerente o sistematico. Niun dubbio che un certo numero di questi delirii a sintesi poco evoluta, soprattutto se l'elemento della estrema vanità personale dà loro il carattere espansivo, non vada a costituire parte delle paranoie semplici originarie eccentriche ed aggressive descritte antecedentemente (E. M.)].

I delirii degli squilibrati, dei degenerati superiori, come talvolta anche si chiamano [dalla scuola del Magnan], sono molto diversi: [in causa del diverso fondo mentale] le loro idee deliranti sono meno assurde, si collegano meglio l'una all'altra, [si succedono e si trasformano con una certa regolarità]; insomma, la sistematazione di esse è più perfetta. E questa sistemazione dei paranoici originarii, in taluni casi, non è di molto inferiore a quella che si riscontra nella paranoia tardiva: perciò ci è lecito chiederci se propriamente dobbiamo classificare tutti questi casi fra i delirii degenerativi. Un certo numero di essi parrebbero doverne essere tolti. Di fatti, non è per nulla dimostrato che il delirio cronico a decorso sistematico sia la sola forma di pazzia sistematizzata capace di svilupparsi in individui ereditarii, che non siano ereditarii degenerati: [e già noi, nel capitolo anteriore della Paranoia tardiva, avvertimmo come regni dissenso intorno alla sua natura, taluni volendola non degenerativa, altri vedendo, al contrario, in essa una psicosi costituzionale da degenerazione (E. M.)]. Certi casi di megalomania, [vale a dire di paranoia tardiva iniziantisi con delirio di grandezza, e non con quello di persecuzione], sembrano specialmente appartenere a questa categoria di fatti, [cioè sembran processi insolitamente tardivi di paranoia originaria degenerativa]. Ond'è probabile che l'osservazione attenta di essi dimostrerà che la verità non risiede soltanto nella teoria [del Magnan e sua scuola], secondo la quale tutti i delirii sistematizzati, fuorchè il cronico [della paranoia tardiva], sono di natura degenerativa; nè in quella di alcuni autori tedeschi [Meynert, Schüle] ed italiani [Amadei e Tonnini?],

---

Paranoia primaria et originaria, Arndt; Paranoia originaria, Krafft-Ebing, Bechterew, Scholz; Frenastenie deliranti, Régis (in parte); Delirii sistematizzati primitivi per anomalia di sviluppo dell'individualità psichica (Morselli e Buccola, 1883) (E. M.)].

pei quali il maggior numero delle paranoie non appartengono alle psicosi degenerative, [ma sarebbero, com'essi dicono, d'indole psiconeurotica (E. M.)].
Comunque sia, i delirii dei deboli di mente possono esser presi per tipo della nostra descrizione della paranoia originaria sistematica. [Avvertiamo che essi rappresentano le forme scolorite, quasi direi con sistemazione spuria, della paranoia originaria: questa, però, assume in altra metà, circa, dei casi una forma di più decisa sistemazione, e ciò in conformità di quanto afferma giustamente il Ballet riguardo alla differenza fra deboli e disequilibrati (*a*) (E. M.)].

a] La [PARANOIA ORIGINARIA CON SISTEMAZIONE SPURIA] qualche volta si manifesta in seguito ad un accesso di paranoia acuta, del che abbiamo parlato poco sopra. Le idee deliranti sviluppatesi all'improvviso, molteplici e mutevoli che caratterizzano quest'ultima, dopo qualche giorno o poche settimane si modificano; si potrebbe dire che soggiaciano ad una remissione. Ma invece di scomparire del tutto, come avviene nella maggior parte dei casi, esse lasciano un reliquato, costituito da una o da due idee deliranti, che possono persistere per anni. [Sono questi i casi che vanno a costituire, specialmente, le forme di paranoia espansiva di cui anteriormente fu discorso (E. M.)].
Altre volte il delirio sistematizzato [della paranoia originaria] si stabilisce lentamente e progressivamente. Può manifestarsi fin dalla giovinezza, a 12, a 14 anni, contrariamente al delirio sistematizzato di persecuzione che interviene sempre tardivamente [ed ha pertanto il nome di paranoia tardiva]. Esso, come dicemmo, spesso non è costituito che dall'esagerazione di una tendenza morbosa del carattere, inclinazione alla diffidenza, alla vanità, all'orgoglio, alla ipocondria, al misticismo. Può avere per punto di partenza un fatto vero, dal quale l'intelligenza deficiente del degenerato trae deduzioni erronee. [Ecco due esempii]: — Una donna è ingannata dal marito, od ha soltanto qualche indizio del tradimento, o ne suppone la possibilità: parte da questo fatto, colla diffidenza che l'assorbe, per convincersi che suo marito vuole sbarazzarsi di lei, che, da solo od accompagnato, tenta di avvelenarla; ed arriva così alle idee di persecuzione (*b*) — Un figlio naturale, riflettendo sulla illegittimità della sua nascita, arriva a convincersi che gli si nasconde la sua vera origine per prendergli un'eredità o dei titoli che gli spetterebbero; e così costruisce una

---

(*a*) Qualcuno potrà osservare, a proposito di questa denominazione, che la parola *paranoia* trovasi oggidì applicata ad un soverchio numero di forme psicosiche. L'abbiamo adoperata per la forma tardiva sistematica, che alcuni non vogliono d'indole degenerativa; l'adoperiamo adesso per forme originarie con e senza sistemazione; ed io ho designato con essa i perseguitati persecutori della psichiatria francese. Senza dubbio, siffatta estensione di un termine ancora incerto per molti alienisti può ingenerare equivoci; ma avverrà a proposito della paranoia un fatto che si è osservato e si osserva in molte altre parti della Nosologia. Forme morbose dapprima ritenute dissimili rivelano ad un più attento esame rapporti intimi di origine, di indole, di processo: ed allora si applica a tutte una sola denominazione, che riunisce casi simili e spesso solo analoghi. Ma un'analisi ulteriore mette in rilievo la necessità di riprocedere ad un raggruppamento più logico dei casi rappresentanti varietà e subvarietà di quella tal forma morbosa presunta unica; ed ecco la necessità di creare nuovi termini per ciascuna di esse. Così si passa da una prima fase di analisi imperfetta ad una prima sintesi, e da questa ad una nuova analisi più corretta e raffinata. Rispetto alle *Paranoie* noi siamo, per l'appunto, ai primordii di questa seconda fase analitica; chè se non avessi temuto di incorrere nell'accusa di troppa neofilia, avrei, certamente, trovato denominazioni differenti per la forma tardiva, per la originaria semplice espansiva, per la originaria sistematica e, meglio ancora, per l'acuta o pseudosistematica. Ma ciò potrà essere fatto in altro luogo più opportuno (E. MORSELLI).

(*b*) [Certi delirii di gelosia persecutrice (vedi a pag. 306) non hanno altra origine che in una ingenita sospettosità del carattere (E. M.)].

sistematizzazione ambiziosa (*a*). — In questi casi, il delirio è dovuto ad interpretazioni erronee, che la scarsa intelligenza del debole accetta perchè non può farne la critica; esso è la conseguenza dell'inclinazione di darsi ragione dei fatti, ricorrendo al meraviglioso, caratteristica dei degenerati, tendenza fomentata o, meglio, peggiorata da una logica viziata. I disturbi psico-sensoriali entrano ordinariamente poco nella organizzazione di queste pazzie sistematizzate, il che si spiega con la loro patogenesi e col loro modo di svilupparsi (*b*).

Come già dicemmo, la sistematizzazione è in relazione collo stato di debolezza mentale del soggetto. Il delirio è spesso inopportuno, illogico, scorretto, e differisce notevolmente dal delirio sistematico della paranoia tardiva ed anche dalle paranoie dei semplici squilibrati, che, avendo un'intelligenza più viva, una facoltà sillogistica più sviluppata, possono collegare con maggiore logica le une alle altre le loro idee false, le quali, a loro volta, presentano un carattere di assurdità meno marcato, [come verrà esposto più avanti].

D'altra parte, la facilità, colla quale le idee morbose nascono in questi cervelli, ne spiega la variabilità. Più è lenta a stabilirsi un'idea delirante, meno mutevole e più fissa ne sarà la fisionomia: ed inversamente. Così, nei deboli di mente le idee deliranti sono variabili e molteplici: le ambiziose coincidono con quelle di persecuzione, le ipocondriache con le mistiche. E queste differenti varietà di idee possono manifestarsi simultaneamente, possono succedersi, sostituirsi l'una all'altra senza ordine ed a caso, sempre però con maggior lentezza di quanto succede nella paranoia acuta. Ben diversamente corrono le cose nella psicosi sistematizzata progressiva, nella quale le idee morbose, come vedemmo, si seguono e si collegano con regolarità e logica.

Del resto, il fondo stesso del delirio si riflette sempre sulle diverse varietà di idee che abbiamo enumerate: ipocondriache, di persecuzione, di ambizione, mistiche. — Gli ammalati non possono più mangiare, non hanno più lo stomaco, hanno le intestina impervie, un corpo estraneo in faringe, una cardiopatia, la tubercolosi polmonare; credono essere sifilitici, si dicono impotenti (idee ipocondriache); — li si odia, li si perseguita, si cerca di avvelenarli, li si guarda di malocchio, si motteggia sul loro conto, si bisbiglia sul loro passaggio (idee di persecuzione); — ovvero essi possiedono una vistosa fortuna, dei castelli, un grado molto importante nell'esercito; sono figli di un personaggio illustre, presidente di Repubblica (idee ambiziose, [spessissimo commiste con un delirio palingnostico e genealogico) (E. M.)]; — ovvero essi parlano del magnetismo e dello spiritismo, vogliono fare penitenza per guadagnarsi il paradiso, hanno relazioni col Diavolo, vedono la Vergine ed i Santi, sono incaricati di missioni divine, sono spiriti puri, creatori di tutte le cose (idee mistiche).

Abbiamo detto che le *allucinazioni* non costituiscono parte necessariamente integrante del delirio dei deboli di mente; ma possono avverarsi in esso. Si tratta allora di allucinazioni uditive, gustative, della sensibilità generale, specialmente quando la paranoia originaria assume la forma di delirio di persecuzione [o di ipocondriasi]. Le allucinazioni visive intervengono specialmente nei casi di delirio mistico, [che nel più dei casi è legato a sensazioni e a sentimenti sessuali, e che frequentissimamente si accompagna con manifestazioni accessuali di estasi catalettiforme, come si vede nella fig. 41 (E. M.)].

(*a*) [Questo esempio del Ballet mostra come io abbia ragione nel creare una varietà *genealogica* di paranoia originaria espansiva (E. M.)].

(*b*) [Tuttavia, in varii casi le paranoie acute allucinatorie (le " frenosi sensoriali „ ?) si trasformano in paranoie lassamente sistematiche, ad evoluzione molto scolorita: ciò fu notato a pag. 349 (E. M.)].

Fig. 41. — Delirio mistico (*a*).

[*b*) La PARANOIA ORIGINARIA CON SISTEMAZIONE è propria (lo dice lo stesso Ballet, che poi si dimentica di parlarne) dei degenerati provvisti di un grado più o meno notevole di energie mentali. Essa, anzi, costituisce la vera *originäre Verrücktheit* descritta da Sander; ha per caratteristica precipua di attraversare fasi abbastanza regolari, in molti punti rispecchiando o simulando il decorso della paranoia tardiva, tanto che talune volte si sarebbe tentati di diagnosticarla come una " paranoia sistematica *tardiva precoce* " se l'associazione di questi due termini non avesse l'aria di un bisticcio. " Il merito principale del Sander (io scrivevo or sono tredici anni) (*b*) è di avere scoperto il carattere protogenetico del disordine ideativo, che si sviluppa gradatamente nel decorso degli anni accompagnando tutte le fasi della evoluzione fisica e mentale dell'ammalato. Più che

(*a*) [L'atteggiamento statico, catalettiforme, dell'individuo rappresentato in questa figura, può servire a spiegare il concetto di quegli alienisti che considerano la *Catatonia* di Kahlbaum come una sindrome, quasi sempre connessa ad una psicosi degenerativa (E. M.)].

(*b*) Nella nostra Memoria del 1883 (MORSELLI e BUCCOLA, *Giorn. Accad. Med. Torino*, 3ª serie, XXXI, 59) non si parla di evoluzione sistematica regolare del delirio sistematizzato primitivo insorgente per anomalia di sviluppo della personalità; ma tale evoluzione è evidente a chi legga con attenzione le prime due storie cliniche della parte prima (E. M.).

vera *alienazione* (o *malattia*) nel senso preciso della parola, questa forma di pazzia sistematizzata primitiva potrebbe, dunque, considerarsi come uno *sviluppo anomalo dell'organo psichico*, prodotto, nella immensa maggioranza dei casi, dalla degenerazione ereditaria „.

Gli ammalati del Sander nascono con la disposizione ai perturbamenti mentali, e la dimostrano fin dalla *fanciullezza* (a). Se la sfera delle attività intellettive non sembra alterata nel suo meccanismo, ben più visibile è l'anomalia nel tono dei sentimenti e del carattere. Fanciulli, sono quieti, come trasognati: vivono lontano dai loro compagni, non prendono parte a' giuochi, amano la solitudine per abbandonarvisi a fantasticherie, a visioni vaghe ed indecise, cui dànno corpo associando tutte le idee più strane che succhiano dall'ambiente o apprendono con letture di libri di imaginazione. Sono molto impressionabili, delicati, di vivissima reattività per ciò che li tocca (egoismo), talvolta di un'affettività esagerata, parziale per uno dei genitori, ovvero freddi, insensibili alle carezze. Non è infrequente che nella fanciullezza essi palesino la loro tendenza alle malattie cerebrali, o a fenomeni patologici dei centri nervosi, sotto lo stimolo delle più lievi alterazioni di altri organi del corpo. Spesso hanno pure insonnio, sonni turbati da sussulti, risvegli improvvisi con sentimento di angoscia (*terrori notturni*, forse equivalenti epilettoidi): altri soffre di moti convulsivi; e crescendo negli anni sono molestati da vertigini, da cefalee, da preoccupazioni ipocondriache, le quali sono in evidente contrasto alla psicologia normale di questa età, in cui l'individuo sano prova incoscientemente tutta la gioia del vivere.

Le anormalità della vita psichica si accentuano a dismisura nell'epoca dello *sviluppo*. Giunti alla *pubertà*, quelli che non cadono subito preda di disturbi ebefrenici, non tardano a mostrare in altra guisa la loro inadattabilità nella lotta per l'esistenza. Fino a questo momento (lo dicemmo) l'intelligenza era apparentemente sana e palesava, anche, qualità brillanti, sebbene estrinseche (buona ritenitiva delle cose apprese in iscuola, prontezza di percezione, ecc.); ma era altrettanto facile ad esaurirsi. Molti attraversano come meteore luminose l'ambiente della scuola secondaria, figurandovi primi per qualche anno, ottenendovi plausi, svegliando grandi speranze; ma appena son giunti a quegli studii in cui si richiedono sforzi spontanei di associazione, in cui poco è lasciato alla fantasia ed alla retorica, subito cadono al secondo e al terzo rango, mantenendovisi pur anco con fatica: e ben presto, spossati da ogni lavoro mentale, van soggetti sempre più alla speciale forma di " cefalea degli adolescenti „. Intanto le sensazioni sessuali, che già nei sani bastano a indurre profondi cangiamenti nel morale, in essi dànno origine a gravi perturbazioni. Gli uni si gettano con frenesia nella funesta abitudine della masturbazione, perdendovi ciò che rimaneva d'energia mentale; gli altri non si trasformano psichicamente in relazione alle nuove esigenze fisiologiche, e restano fanciulleschi e timidi di fronte ai misteri del sesso, d'una timidità a fondo mistico che poi, sopraggiunta la conoscenza più o meno precisa della funzione, si trasformerà in una ripugnanza per la materialità dell'atto e darà luogo ad una effervescenza del sentimento religioso. A questa epoca risalgono, spesso, molti dei fenomeni psichici, onde si costituisce la paranoia originaria dei mistici di cui abbiamo parlato.

Così, quando la *giovinezza* dovrebbe portarli alla giocondità del vivere, essi si fanno misantropi, alieni dalle riunioni allegre, soprattutto diffidenti e riservati verso l'ambiente femminile. Dai compagni sfuggono, perchè spesso, con la loro

(a) In questa descrizione della paranoia di Sander, mi sono valso della bellissima ed elegante pittura che ne aveva fatto il Buccola, in *Riv. di Fren.*, 1882 (E. M.)].

timidità sessuale rivelantesi anche nella poca virilità del contegno, con le piccole eccentricità di cui è intessuta la loro condotta, finiscono con essere lo zimbello di tutti e prestarsi alle solite burle di cattivo gusto. Nella lotta sessuale essi rappresentano l'indecisione e la debolezza in quanto a risultato pratico, mentre sono poi immersi in un continuo solipsismo, che di fronte all'altro sesso è platonico, ma che si appaga invece con le abitudini di onanismo. I più sono masturbatori sfrenati, e talvolta continuano ad esserlo per tutta la vita. Amano l'isolamento, anche perchè questo loro permette di farneticare a tutt'agio intorno all'idealità dell'amore, elevandosi nel mondo vago e indefinito dei sogni. È allora che si avverano quegli innamoramenti silenziosi, quelle passioni romanticamente solitarie, quasi sempre non corrisposte, che costituiscono, secondo il bellissimo studio di Sander, una delle caratteristiche di questa psicosi. Generalmente sono innamorati di una persona superiore alla loro condizione, talvolta di una donna affatto inaccessibile (nobili, principesse, artiste celebri, ecc.); ed ecco altra forma paranoica che già conosciamo: l'erotomania. Sull'oggetto della loro passione sognano e fantasticano avventure eroiche e romanzesche, dove ha campo di soddisfarsi il loro sempre vivace sentimento di vanità personale: così troviamo anco i germi del futuro delirio di grandezza. Intanto gli ostacoli che incontrano per l'adempimento delle loro morbose aspirazioni, gli scherzi dei compagni, gli avvertimenti della famiglia, il senso più o meno consapevole della loro impotenza nella lotta per la vita, dànno poco per volta origine alle prime idee di ostilità da cui si veggono o si credono circondati. Ad ogni ostacolo essi si disanimano, si struggono in lagrime, si dànno alla disperazione, dicendo di essere *infelici*, di *non essere compresi nè amati da alcuno;* e in queste crisi pessimistiche assumono atteggiamenti teatrali, declamano, esprimono propositi tragici. Non molto di rado eseguono tentativi di suicidio, talvolta per svegliare la compassione dei parenti *che li odiano*, tal'altra propriamente perchè *stanchi di vivere*. Molte paranoie originarie sono troncate infatti violentemente in sulle prime fasi, ned altra è la spiegazione di quei suicidii in giovanissima età che funestano certe famiglie di ereditarii.

I germi del doppio delirio, di persecuzione e di ambizione, che noi abbiamo trovato, scoppiano molte volte alla fine dell'adolescenza, verso il 20° anno; in altri casi tardano alquanto, ma in generale non mai oltre al periodo fisiologico di crescenza, che, com'è noto, termina solo verso il 25° anno. Lo scoppio è spessissimo dato dall'insorgere più o meno improvviso di *allucinazioni* acustiche: il che costituisce un contrassegno delle paranoie originarie sistematiche rimpetto alle non sistematiche di cui fu parlato in altri paragrafi (*a*). Oltre a

(*a*) Questo apparire delle allucinazioni nella paranoia originaria sistematica o, " malattia del Sander ", costituisce secondo me, un grave argomento contro l'idea della scuola di Magnan che sembra negare la possibilità di una sistemazione nei delirii non tardivi. Se non che, bisogna osservare che tale scuola avrebbe ragione quando affermasse soltanto che le allucinazioni non fanno parte necessaria della nosografia della paranoia originaria. Vi sono, di essa, forme *allucinatorie* e forme *non-allucinatorie*. Queste ultime comprendono *quasi tutte* le paranoie a contorni meno netti ed evidenti, che noi abbiamo descritto da pag. 2 a pag. 309 sotto il nome di *Paranoia originaria espansiva*, e che il Ballet ed altri alienisti francesi chiamano, empiricamente, categoria dei *Perseguitati persecutori*. Ma si noti che più su ho detto espressamente " quasi tutte " giacchè si ricorderà come abbiano allucinazioni soprattutto visive e perfino acustiche i persecutori mistici, cenestetiche i persecutori ipocondriaci e gli erotici, ecc. Quanto alle forme allucinatorie di paranoia, senza dubbio il primato, e per importanza dei disturbi psicosensorii, e per nesso loro col delirio in ogni sua fase, spetta al delirio cronico sistematico o paranoia tardiva; ma sarebbe assurdo negare l'esistenza di consimili disturbi, ed anche il loro legame con i concetti deliranti ad evoluzione progressiva, nella paranoia originaria da me qui descritta. È da deplorare che gli alienisti

ciò, v'è nel più degli infermi la consapevolezza della morbosità dei fenomeni: essi sanno di essere allucinati, e ne parlano talvolta come di una dolorosa, ma fatale necessità della loro esistenza psichica. Altro contrassegno è l'alternarsi ora di spontanei aggravamenti ed ora di silenzio assoluto dei disturbi psicosensorii. I quali appartengono, in massima, alla sfera delle imagini acustiche, ma a raffronto della paranoia tardiva prendono con molta frequenza anche la sfera delle visive; quelle quando il delirio è prevalentemente persecutorio, queste quando è ambizioso o, meglio, mistico-ambizioso.

Insorte le allucinazioni, la psicosi percorre più rapidamente la sua *evoluzione*. Gli infermi, che si isolano sempre più e finiscono col rompere quasi ogni legame cogli altri, si dicono trascurati, si chiudono in un disdegnoso contegno di fronte agli estranei, in un ostinato silenzio di fronte ai famigliari; e nello stesso mentre immaginano già di essere superiori a tutti per le idealità morbose onde li alimenta, come vedemmo, il loro continuo soliloquio. L'esauribilità cerebrale, intanto, cresce, sia per le pratiche onanistiche, sia per il fervore del lavorìo introspettivo: tale condizione, percepita oscuramente dalla coscienza, dà luogo a sensazioni di malessere, a crisi di malumore, a preoccupazioni ipocondriache non raramente bizzarre. In varii casi io ho visto svolgersi a tale periodo quelle ansie relative alla conformazione del corpo, che ho denominato *dismorfofobia:* l'infermo è preoccupato dei suoi pregii o difetti fisici, teme di essere brutto o deforme, si sottopone anche a manovre speciali, ordinariamente eccentriche, per rimediare ai difetti di natura. Altri, invece, diventano in varia guisa nosofobi: ve n'ha persino di quelli, in cui la paranoia originaria si coordina tutta e si sistema intorno ad un piccolo e stereotipo gruppo di idee ipocondriache. Ad ogni modo, la fase ipocondriaca qui non manca quasi mai, come si avvera nella paranoia tardiva.

E di questa troviamo altri molti fatti evolutivi, naturalmente variati dalla doppia circostanza dell'età ancor giovane e della primordiale anomalia di costituzione psichica. Ma il subbiettivismo morboso con cui gli ammalati collegano tutto ciò che avviene nel mondo esterno alla loro persona; e l'interpretazione di ogni incidente minimo dell'altrui condotta; e la tendenza delirante a tutto allegorizzare, a trovare il significato simbolico dei gesti, delle espressioni, delle parole; e il bisogno di sognare ovunque misteri compromettenti della loro esistenza, ovunque azioni e pensieri altrui che, senza motivo e per mezzo di arcana trasmissione a distanza, vilipendano il loro onore; e la rievocazione di antichi ricordi, adesso interpretati nel senso del delirio, nella maggior parte però deformati per illusioni di memoria o paramnesia; — tutti questi e i consimili fenomeni psicopatici, che caratterizzano la sistemazione del delirio paranoico, cospirano a sempre più combinare e a coordinare i pensieri morbosi costituenti le due serie parallele, la persecutoria e la ambiziosa. Qui però, i due delirii si combinano di buon'ora, e con una più diretta compenetrazione dei loro fondamentali concetti erronei, di quel che avvenga nella paranoia tardiva: questo è vero, e giustifica fino ad un certo punto il differenziamento nosologico che Magnan vuole esista fra le due grandi categorie del delirio, il cronico sistematico e quello dei degenerati.

Ma la distinzione non è assoluta: inoltre la evoluzione delle fasi paranoiche

francesi non prestino sufficiente attenzione alla bella scoperta del Sander. Il Kirchhoff, fra i tedeshi, mi sembra quegli che ha meglio compreso il significato nosologico delle allucinazioni nella paranoia, servendosi egli di tale elemento morboso per suddividere, nel suo *Lehrb. d. Psychiatrie*, p. 362, la nosografia delle singole forme della *Verrücktheit* (E. Morselli).

esiste anche qui, come mi sembra di andare esponendo con sufficiente chiarezza. Qui troviamo fra le prime la fase apprensivo-ipocondriaca; e poi quella di diffidenza e sospettosità; e poi quella allucinatoria e di interpretazione egocentrica; e poi la persecutoria; e infine la megalomaniaca. Poichè, è il momento di avvertire che tutti i molteplici fattori morbosi surricordati, cementandosi insieme, cangiano il mondo esterno agli occhi dell'ammalato, lo fanno vivere in un mondo immaginario, e lo pongono fuori dalla realtà. Così egli giunge a credere d'avere attorno persone che hanno forse un altro nome o sono ben altre da quel che pajono: le sue paramnesie ed illusioni lo portano a scambiare anche le date e i luoghi; talvolta egli attribuisce ad un periodo della sua esistenza ciò che è avvenuto in epoca lontana da quello; tal'altra pensa di essere vissuto due o più volte sotto forma diversa: e a ciò non poco contribuiscono i sogni, nei quali, come tutti i deboli di mente, anche questi degenerati hanno fede. Così a poco a poco si svolge quel pervertimento della nozione della propria personalità, che è il culmine dell'evoluzione raggiunta dal delirio paranoico, ed oltre al quale non altro rimane al povero ammalato se non il caos psichico e la demenza.

Una certa divergenza si potrebbe ammettere fra le due paranoie sistematiche, l'originaria e la tardiva; e consiste in alcune particolarità di condotta del delirante di fronte al suo delirio. Nell'originario gli atti sono spesso più stravaganti e impreveduti, che non nel tardivo; nè mancano al primo le impulsioni. Come dicemmo del suicidio, così potremmo qui dire d'ogni altra modalità di reazione violenta alle ostilità di cui il paranoico si crede vittima: avemmo occasione di vedere come nella forma originaria il delirio di persecuzione sia facilmente attivo, e da perseguitato l'infermo diventi persecutore. Anche è deficiente in lui il senso morale: i sentimenti egoistici sono più forti, gli altruistici non si sono ancora radicati ovvero sono affatto abortiti in sul primo formarsi. Ma, in sostanza, queste sono tutte manifestazioni naturali della labe degenerativa e del periodo di vita in cui la abnormità mentale si manifesta: sono, cioè, contingenze secondarie, che non tolgono valore alla caratteristica essenziale della sistemazione ed evoluzione delirante.

Si può anche trovare un divario nella fase terminale di demenza. La paranoia tardiva porta, lo si sa, in modo assai lento e incompleto all'indebolimento mentale: lo stesso si avvera nella originaria; ma l'esito demenziale di questa è in buon numero di casi alquanto più accorciato. Talvolta, ad uno dei soliti episodii di esaltamento, ad una delle consuete crisi allucinatorie, ad un attacco più o meno lungo di amenza confusionale o di stupore (la paranoia originaria sistematica non fa eccezione, sotto tale aspetto, fra le psicosi degenerative), sussegue un rapido e grave stato di demenza, quasi sempre caotica ed incoerente, ma pur anco apatica. Tuttavia, questo evento, — che per la sua stessa rarità neppur sarebbe bastevole a negare la evoluzione sistematica della paranoia originaria, come qui la descriviamo, nè il suo esito comune in una semplice pseudo-demenza, analoga a quella della tardiva (esito negato a torto da alcuni autori), — trova le sue ragioni unicamente nella maggiore esauribilità cerebrale degli individui affetti da intensa labe degenerativa (E. Morselli)].

Il *decorso* ed il modo di svolgersi di questi delirii cronici, [più o meno sistematici], dei degenerati variano grandemente a seconda dei casi.

Molti [di quelli con sistemazione spuria] passano a guarigione, salvo a recidivare sotto la stessa forma, od assumendone un'altra. La guarigione può essere improvvisa: dopo aver manifestato per due o tre anni delle idee di

persecuzione, o di ambizione, o mistiche, l'ammalato si sveglia improvvisamente dal suo sogno morboso e torna allo stato normale. Altre volte le idee deliranti svaniscono a poco a poco, in certo modo si disaggregano fino a scomparire completamente. In via generale, può dirsi che i delirii sistematizzati dei deboli di mente hanno maggior tendenza a scomparire di quanto non l'abbiano quelli dei semplici squilibrati; pare che, pella loro sistematizzazione meno perfetta e meno logica, facciano corpo meno intimamente col cervello. Il polimorfismo, la molteplicità, la variabilità delle idee false da un momento all'altro, sono dal punto di vista prognostico criterii di buon augurio.

Finalmente, questa forma di paranoia guarisce tanto più facilmente quanto più giovane è l'ammalato. Negli individui, che hanno oltrepassato l'età matura ed a più forte ragione nei vecchi, tutte le paranoie degenerative tendono [come la tardiva] a diventare permanenti. [Non pertanto, questa maggiore guaribilità dei paranoici giovani va accettata in un senso molto relativo. La paranoia acuta, di cui s'è parlato nel paragrafo precedente, sì, è altrettanto facile a dileguarsi, quanto pronta ad insorgere sotto i minimi stimoli provocatori; ma quella originaria, di cui qui si dovrebbe esclusivamente discorrere (se non ci fosse equivoco fra alienisti di scuola diversa per quella malaugurata qualifica di " delirii sistematizzati primitivi „), ha una prognosi ben differente. Essa si svolge ordinariamente fra il 2° ed il 3° decennio dell'esistenza: ora, se scoppia dopo la pubertà, può anche abortire, ed io ne ho raccolto varii esempii tipici: ma se insorge con lo stabilirsi della funzione sessuale, se specialmente precede ed accompagna le ultime fasi della crescenza dell'organismo, in allora la sua evoluzione, sempre meglio immedesimandosi con quella della personalità, di cui si può dire un aspetto, se non anzi il principale, progredisce lentamente verso la sistemazione.

Questo esito in sistemazione, lo abbiam detto, caratterizza le paranoie originarie che si svolgono nelle personalità meno deficienti. Però, se è permesso esprimere un giudizio in un subbietto ancora tanto oscuro, direi che qualunque e quante siansi le energie mentali di cui dispone il paranoico originario, non tardano a vedersi note manifeste di indebolimento psichico. Egli è che la personalità non s'era ancora coordinata in modo completo, e i suoi elementi, idee, sentimenti, tendenze, si trovano insieme sintetizzati con vincoli sempre deboli e facili a disgregarsi (E. Morselli)].

Certi delirii dei degenerati conducono rapidamente alla *demenza*. Questo esito non è molto raro anche nei giovani. Le idee deliranti, dapprima bene sistematizzate, diventano incoerenti; ciò che ancora rimaneva di logica va svanendo; l'ammalato ridiventa bambino e compie atti puerili; al delirio segue un indebolimento definitivo dell'intelligenza. [Sono casi che sconfinano verso la demenza precoce o paranoide, di cui s'è detto prima (E. M.)].

Altre volte, la demenza si stabilisce lentamente, dopo parecchi anni di pazzia. Si riscontra più spesso nei paranoici, che hanno soltanto una o due idee morbose, di quanto succede in quelli i cui concetti deliranti sono variabili e molteplici. La si vede intervenire dopo 10, 15 anni di delirio, [nel che la paranoia originaria sistematica assomiglia alla tardiva, con la quale, del resto, finisce col confondersi solo che essa indugii a manifestarsi col delirio quando è compiuta od è in sul termine la fase di crescenza individuale (E. M.)].

Abbiamo detto che le vesanie degenerative, quando guariscono, tendono a recidivare. Certi ammalati possono avere due o tre riacutizzazioni successive di delirio, senza che il fondo del loro stato mentale, nell'intervallo di esse o dopo di esse, ne venga sensibilmente modificato. In altri casi, l'intelligenza si

indebolisce ad ogni nuovo accesso, e, come le forme continue, le intermittenti finiscono coll'indebolimento definitivo delle facoltà intellettuali. [Questi casi di *paranoia periodica* (Kansch) costituiscono un naturale ma raro passaggio tra le paranoie e le pazzie periodiche, che sono tutte a base degenerativa (E. M.)].

Bibliografia. — Trélat, La folie lucide, Parigi 1861; Magnan, Sur les folies des héréditaires, nel volume: Leçons cliniques sur les Mal. mentales, Parigi 1893, p. 157 [sono lezioni tenute all'Asilo Sainte-Anne fino dal 1882 e già edite sul *Progrès médical*]; Legrain, Du délire chez les dégénérés, Thèse, Parigi 1886; Saury, Étude clinique sur la folie héréditaire, Thèse, Parigi 1886; [Dagonet, L'aliénation mentale chez les dégénérés psychiques, *Ann. méd. psychol.*, 1891, 2°; Société méd.-psychologique, Discussioni varie, dal 1884 al 1895, ivi, *passim;* Del Greco, Consid. sulla pazzia ereditaria, *Il Manicomio moderno*, 1892; Magnan, Héréditaires dégénérés, *Arch. de Neurologie*, 1892, n. 69; e Leçons cliniques, *Progrès médical*, 1884-95; Mallison (caso veramente unico: quattro casi di paranoia in quattro successive generazioni), *Journ. of nerv. a. ment. Diseases*, nov. 1893. — I più interessanti lavori italiani sulle psicosi eventuali dei degenerati, sugli episodii vesanici dei paranoici, e sulla forma paranoica del Sander vennero citati nelle mie note (E. Morselli)].

[IV.
DIAGNOSI, PROGNOSI E CURA DELLE PSICOSI DEGENERATIVE]

Diagnosi. — La diagnosi di degenerazione mentale si fonda meno sulla nozione dell'*ereditarietà*, che sulla conoscenza degli antecedenti psicopatici degli ammalati, [in altri termini, sulla ricostruzione precisa della intera *personalità fisica e morale* dell'individuo (E. M.)]. Il degenerato, dicemmo, è un individuo moralmente e intellettualmente anomalo; basterà quindi raccoglierne attentamente l'anamnesi per convincersi che i sintomi ultimi, deliranti o di altra natura, non costituiscono un semplice accidente sviluppatosi su di un terreno normale, ma sono la conseguenza e la manifestazione più o meno imponente di uno stato preesistente di debolezza o di squilibrio mentale, [immedesimato nella costituzione del soggetto stesso].

Nel corso della nostra trattazione abbiamo già indicato gli elementi pella diagnosi differenziale fra le manifestazioni psicosiche dei degenerati (eccitazione, depressione, delirii sistematizzati) e le psicosi vesaniche precedentemente studiate, la mania, la malinconia, la pazzia confusionale, la pazzia intermittente, il delirio di persecuzione sistematizzato. Non ci arresteremo ora che su qualche punto, sul quale non abbiamo potuto insistere troppo.

La *pazzia morale* [ciò è detto per coloro che non si attengono ai dettami della scuola italiana] non deve essere confusa colla criminalità volgare, benchè sembri esistano dei rapporti abbastanza stretti fra i pazzi morali ed i criminali comuni. Nei primi troviamo spesso l'ereditarietà e delle stigmate fisiche di degenerazione; nella loro anamnesi si annoverano degli accidenti nervosi o delirii di varia natura, ed abbastanza di frequente disturbi congestizii od epilettiformi. Per lo più, questi squilibrati sono, come molti degenerati, soggetti ad alternative di eccitazione e di depressione (*a*). Sono individui soggiogati dal

(*a*) [La facilità dei detenuti a cadere in pazzia, specialmente nelle forme allucinatorie e deliranti (paranoia acuta, delirio sensoriale), è di vecchia osservazione: chè anzi si descrisse una *pazzia dei prigionieri* (Cfr. Penta, I germi del delirio nei condannati; *Ann. di Neurol.*, 1891). È poi noto

loro istinto ed assolutamente inetti ad adattarsi all'ambiente sociale; essi si dànno ad atti riprovevoli o delittuosi con la massima imprevidenza e senza badare neppure ai loro interessi (Krafft-Ebing); generalmente non comprendono la gravità delle loro azioni perverse, anzi tendono piuttosto a raccontarle ed a vantarsene che a dissimularle.

Comunque si voglia pensare riguardo al delinquente abituale, il pazzo morale ne differisce, perchè in esso è chiara la labe ereditaria: è impossibile non riconoscere l'influenza di questa sulla serie generalmente ininterrotta degli atti immorali del degenerato, non ostante le esortazioni, l'educazione, le punizioni.

[Ma agli alienisti e medico-legisti italiani, a tutti coloro che oramai, in ogni paese, hanno accolte, con più o meno riserva, le dottrine della scuola antropologico-criminale, la distinzione fra pazzo morale e delinquente non apparirà più cotanto facile e precisa come sembra al Ballet. In altra parte di queste mie aggiunte ho svolto brevemente le ragioni per le quali noi Italiani, siamo o no pedissequi seguaci del Lombroso, vediamo una stretta, inesorabile e innegabile affinità fra la delinquenza e la pazzia morale. Certamente, se si parla del criminale d'abitudine, e tanto più se si studiano il criminale di passione e quello di occasione, la esistenza di una predisposizione degenerativa al delinquere per vera inadattabilità congenita e irrimediabile dell'individuo al suo ambiente sociale, può, anzi *deve* essere messa in dubbio. Ma il dubbio non è più permesso a riguardo dei criminali incorreggibili fino dall'infanzia, privi costituzionalmente di senso morale, sopraccarichi di stimmate somatiche di degenerazione, i quali servirono al Lombroso per fondare la sua dottrina (male intesa all'Estero, perchè forse espressa immaturamente e prima di una completa elaborazione scientifica) del *delinquente-nato*. Di fronte a certi casi di criminalità, che sembra immedesimata fino dalla infanzia con la personalità eticamente anestetica del soggetto, nessun alienista oserebbe tagliare, senza esitanza, il nodo gordiano della loro indole pazzesca, o, vogliasi dire, teratologica (E. Morselli)].

La *paranoia rudimentaria*, per l'angoscia che accompagna le idee fisse e le impulsioni incoercibili, richiama talvolta molto le preoccupazioni dei malinconici. Ma nel primo caso l'ossesso da fissazioni ha perfetta coscienza del suo stato, ne riconosce la natura morbosa, non presenta nè la depressione nè la ferma convinzione del lipemaniaco, che è triste perchè si crede colpevole, o rovinato, o gravemente ammalato. [Diciamo però subito che esistono casi misti, dove le idee e le impulsioni coatte si svolgono durante i prodromi o il decorso di una melancolia o paranoia (a); ed allora la diagnosi differenziale riesce ben difficile. Si aggiunga la circostanza che la caratteristica di essere coscienti può mancare in certe pazzie del dubbio e perfino in certe paranoie rudimentali, massime se basate su disturbi psico-sensorii, specialmente cenestetici: le topofobie, le nosofobie e le paure altruistiche, non raramente (per mia esperienza) accompagnate da allucinazioni ossessive, ce ne porgono esempii. Ad ogni modo, ci serviranno molto la periodicità dei fenomeni morbosi, il quasi immancabile sentimento di sollievo al finir della crisi, e soprattutto il comunissimo contenuto cabalistico, superstizioso delle fissazioni (E. Morselli)].

---

che uno dei più sicuri argomenti per la affinità fra delinquenza e pazzia è stato da me fornito con la dimostrazione del numero veramente enorme di suicidii fra i criminali. Veggansi le mie memorie in *Riv. sper. di Fren.*, 1875, e *Arch. per le Mal. nerv. e ment.*, 1877 (E. M.)].

(a) Cfr. Mercklin, Ueber d. Beziehungen d. Zwangsvorstellungen zur Paranoia; *Allg. Zeit. für Psych.*, LVII, 1891, pag. 626 (E. M.).

Gli accessi di *esaltazione mentale*, che così spesso si osservano nei degenerati, possono simulare la vesania maniaca. Ma questa, come vedemmo, è una malattia accidentale, generalmente determinata da cause fisiche o morali, e scoppia in individui fino allora sani di corpo e di spirito, che mai presentarono sintomi di squilibrio mentale.

Assomigliano anche agli accessi di mania epilettica. Questi ultimi, però, compaiono più improvvisamente; hanno in generale brevissima durata; sono poi seguìti da un'amnesia più o meno completa.

I degenerati in preda ad eccitazione maniaca potrebbero essere confusi specialmente cogli individui affetti da paralisi generale iniziale; in ambi i casi abbiamo la stessa straordinaria attività, lo stesso spirito intraprendente, la stessa tendenza alle compere ed agli eccessi venerei ed alcoolici, la stessa loquacità. Ma nel degenerato maniaco le idee sono più coordinate, meno assurde, mentre nel paralitico la loro incoerenza e la loro puerilità rivelano per sè stesse l'iniziale indebolimento intellettuale: di più, non si tarderà a rilevare i sintomi somatici, disturbi pupillari, alterazione della parola, ecc., che permetteranno di stabilirne le diagnosi.

I *delirii sistematizzati degenerativi* possono trarci in inganno: [o, per meglio farci comprendere da coloro che nelle paranoie, qualunque esse siansi, veggono sempre costante l'elemento degenerativo, può risultare arduo distinguere una paranoia originaria da una tardiva o completa, massime quando la prima arieggi a sistemazione, secondo il già detto, oppure ci si presenti in uno dei suoi episodii più clamorosi (E. M.)].

I delirii di persecuzione talvolta assomigliano molto a quello sistematizzato di persecuzione; ma su tale somiglianza ci siamo già pronunciati e ne abbiamo dati i sintomi differenziali. Negli individui deboli di cervello, alcoolisti cronici, vecchi ateromatosi, si dànno spesso delle idee di persecuzione, che si differenzieranno da quelle dei degenerati per ciò che si manifestano nelle condizioni speciali che abbiamo enunciate ed indipendentemente da ogni antecedente stigmata degenerativa.

Lo stesso dicasi delle idee ambiziose, che possono manifestarsi in identiche circostanze.

Il delirio ipocondriaco degenerativo potrebbe venire scambiato colle idee ipocondriache dei malinconici, dei neurastenici, degli individui affetti da paralisi generale. Nella malinconia, però, l'idea delirante è secondaria allo stato di depressione mentale, che manca nella ipocondria degenerativa. Nei neurastenici, le idee ipocondriache non sono assurde, costituiscono una deduzione logica e ragionata, benchè esagerata e falsata, delle sensazioni provate dall'infermo, il quale vede di buon grado che si discuta delle sue convinzioni, si lascia confutare e confortare dai buoni argomenti, che gli si oppongono: per contro, nell'ipocondriaco degenerato, le migliori ragioni non valgono a convincerlo. Riguardo agli individui affetti da paralisi generali, oltre all'assurdità manifesta delle loro idee, presentano dei sintomi obiettivi particolari: dobbiamo però confessare che, in qualche caso, la diagnosi può restare alquanto sospesa ove questi tardino a farsi manifesti.

Prognosi. — La degenerazione mentale costituisce uno stato morboso permanente ed inguaribile. Abbiamo però veduto che, a lato ai sintomi permanenti da essa determinati (debolezza o squilibrio dell'intelligenza, anomalie del carattere e del modo di comportarsi, [stimmate psicopatiche]), ve ne hanno

altri che si manifestano a titolo episodico. Tali sono le paranoie rudimentarie, che ordinariamente si presentano ad accessi con intervalli di relativa calma. [Un buon numero di fissazioni terminano, però, col rendersi croniche: ma la cronicità apporta, ordinariamente, il vantaggio che attenua, per l'abitudine, il sentimento di ansietà e ciascuna crisi successiva si addimostra sempre più scolorita (E. M.)].

Lo stesso dicasi del delirio [della paranoia originaria]: incostante, quando si manifesta, il delirio [dei paranoici] può essere affatto transitorio e non durare che qualche giorno o qualche settimana: altre volte, come vedemmo, si organizza, si sistema, diventa cronico e finisce colla demenza. Disgraziatamente abbiamo pochi dati per stabilire la probabile durata di un accesso [od episodio paranoico] delirante. Possiamo però dire che, in via generale, la sua gravità è in ragione inversa della rapidità dell'inizio e del polimorfismo delle idee deliranti: la cronicità è tanto più probabile quanto più insidiosamente si manifestò la malattia, quanto più circoscritte sono le divagazioni, quanto più le idee sono uniformi e meglio sistematizzate. [Per questo, le forme espansive semplici della paranoia originaria, con delirii persecutorio-attivi, sono le più tenaci: nel massimo numero dei casi durano tutta la vita, ma hanno, in compenso, una evoluzione straordinariamente monotona e lunga.

Un solo aspetto prognostico favorevole hanno, invero, le psicosi degenerative: è la loro lunga durata, e la lenta, tarda terminazione in indebolimento mentale secondario. S'aggiunga poi la circostanza che i singoli attacchi o episodii intercorrenti vesanici cessano ordinariamente più presto, e senza lasciare gravi reliquati, che non gli accessi di vesania primitiva (E. M.)].

Cura. — [La vera cura della degenerazione mentale consiste nella *profilassi*, e non già nella prevenzione individuale, bensì in quella di indole sociale. Poichè fu fatta la scoperta delle leggi dell'eredità patologica ed ogni anno le arreca, purtroppo, nuove conferme, poichè oramai tutti, cultori della medicina o profani, parlano e straparlano di " degenerazione „ e di " degenerati „, parrebbe che gli alienisti potessero alzare la voce e proporre provvedimenti atti a diminuire, se non a togliere tanta jattura, con la speranza di essere ascoltati. Il romanzo (Zola, D'Annunzio), il teatro (Ibsen), la critica d'arte (Max Nordau), la storia contemporanea (Luigi di Baviera), la politica (Sbarbaro), gli avvenimenti quotidiani (Davide Lazzaretti, Passanante, Misdea, Radice), ecc. ecc., hanno diffusa, popolarizzata e fatta penetrare nella coscienza comune la nozione della vera natura ed origine di quei turbamenti costituzionali della psiche onde si alimentano il lato tragico, l'obbrobrioso ed in taluni casi anche il comico della vita sociale moderna. Eppure, nulla si è fatto, nulla si fa, poco si propone, pochissimo, per lunghi e lunghi anni ancora, si farà per impedire il dilagare di tutte le cause produttrici e provocatrici della degenerazione. Segnalando con dolore lo stato di neghittosa indifferenza in cui i poteri pubblici e i popoli detti civili restano immersi di fronte alle manifestazioni del deterioramento psichico d'ogni sorta, l'alienista deve contentarsi d'indicare platoniche e spesso irrealizzabili misure profilattiche individuali, quando la sua azione benefica dovrebbe esercitarsi nella scuola, nella legislazione pei matrimonii, in quella sociale, ahimè troppo futura!, ed in quella ancor più ipotetica riferentesi ad una selezione umana cosciente e ragionata (*a*) (E. Morselli)].

(*a*) Sui doveri della Scuola di fronte al pericolo sociale del dilagare della pazzia, veggasi la bellissima relazione dell'Adriani di Perugia, letta ai Freniatri italiani riuniti in Siena nel 1886 (*Atti del IV Congresso Fren.*, Milano 1887).

La prima indicazione [*preventiva individuale*] (*a*) si è di mettere i bambini, che presentano stigmate degenerative, in buone condizioni igieniche, intellettuali e morali. Loro si eviterà accuratamente qualsiasi fatica. Il lavoro intellettuale sarà regolare e moderato ed interrotto da esercizi fisici. Questi bambini trarranno maggior vantaggio dalla vita di campagna, che da quella di città. La missione dell'educatore consisterà nello studiarne le abitudini e le inclinazioni, in modo da avviarli pella carriera nella quale sembra debbano riuscire meglio col minore sforzo possibile: ei tenterà una specie di ortopedia morale. Si eviterà quanto può eccitare l'immaginazione, e non se ne contrarierà bruscamente il carattere: si tenga presente che le emozioni violente hanno soprattutto degli effetti deplorevoli. Ci si guarderà dal soddisfarne i capricci, dimostrando così una debolezza inopportuna: dolcezza e rigore; tale è il modo con cui si deve allevare il bambino con stigmate degenerative.

Non occorre dire che questi precetti non servono che pei degenerati con intelligenza alquanto sveglia. Riguardo agli idioti, agli imbecilli ed anche a certi deboli di mente, pella loro educazione sono necessarii dei procedimenti e dei metodi particolari, difficili a mettersi in esecuzione fuori di certi ospedali o di certi speciali stabilimenti istituiti all'uopo (*b*).

Se le anomalie del carattere e della condotta del degenerato rivestono la forma della pazzia morale, allora esso diventa un vero flagello per la famiglia ed è spesso pericoloso alla società. In questo caso, si impone la necessità di rinchiuderlo in asili opportuni. [Il maggior numero termina, però, nelle carceri e negli ergastoli, laddove sarebbe opportuno che si istituissero per essi e per gli altri alienati con tendenze antisociali e delittuose quei Manicomii criminali, di cui la civile Inghilterra ha, per prima, dato l'esempio, e che invano noi, alienisti italiani, da tanti anni invochiamo (E. M.)].

Riesce difficile indicare le regole generali applicabili alla cura delle paranoie rudimentali. Siccome queste rivelano d'ordinario uno stato di debolezza del sistema nervoso (neurastenia) più o meno grave, così richiedono l'uso dei tonici (ferro, arsenico, stricnina) e dell'idroterapia. Il lavoro, specialmente manuale, le occupazioni regolari, ma senza arrivare alla fatica, le distrazioni calme riescono utili. Potendo, sarà bene far sorvegliare questi ammalati da una persona di buona volontà, di carattere contemporaneamente energico e dolce, la quale si imporrà il còmpito di dissipare le incertezze di quelli affetti da mania del dubbio, di rassicurare quelli con fobie, di educare la volontà degli impulsivi e di quelli affetti da abulia. L'impresa, a vero dire, è ardua ed, in pratica, è difficile riuscirvi completamente, perchè implica la conoscenza e l'esperienza dello stato mentale di questi individui, conoscenza ed esperienza che non si possono avere se non con studii e con nozioni psicologiche non comuni a tutti i medici. Spesso si ricorse alla suggestione ipnotica [o anche alle altre forme di suggestione (magnete, elettroterapia, ecc.)]. In qualche caso eccezionale diede dei buoni risultati (*c*).

(*a*) Cfr. Mérigot de Treigny, Die hygienische Behandlung der erblichen u. nervösen Prädisposition; *Internat. klin. Rundschau*, VII, 1893, nn. 47, 49-50.

(*b*) Sulla necessità di istituire Asili speciali per idioti io richiamai, pel primo, in Italia, l'attenzione: essa venne poi largamente discussa nei nostri Congressi Freniatrici. — Morselli E., Le scuole per i fanciulli idioti ed epilettici; *Riv. della Beneficenza*, ag. 1880 — Gli Asili-scuole per idioti ed imbecilli; *Giorn. R. Soc. d'Igiene*, IV, 1882 — Sull'assistenza ed educ. dei fanciulli tardivi in Italia; *Arch. di Pediatria*, X, 1892. — Cfr. Giliforti, in *Arch. ital. per le Mal. nerv. e ment.*, 1882.

(*c*) Cfr. Venturi e Ventra, Dell'azione della calamita sulle idee fisse morbose; *Giorn. di Neu-*

Riguardo alle paranoie, qualunque sia la forma del loro delirio, idee di persecuzione, ambiziose, mistiche od ipocondriache, gli individui, che ne sono affetti, debbono essere ricoverati. L'isolamento in Case di salute raggiunge il doppio effetto, di una misura di precauzione e di un mezzo di cura (1). [Avvertasi pertanto, che vi sono forme miti di paranoia originaria semplice, specialmente della inventoria, della reformatoria e della mistica, alle quali sarebbe inutile e crudele applicare il provvedimento del sequestro manicomiale. Conosciamo, tutti, di questi " mattoidi " che vivono tranquilli e senza dare fastidio alcuno in seno alla loro famiglia, in mezzo alla società, che li considera come persone semplicemente bizzarre e che accoglie con compiacente indulgenza, talvolta perfino con ingenua credulità, le mirabolanti elucubrazioni della loro fantasia di paranoici. Non mancano, infatti, quelli che hanno esercitato influenza sulle idee e credenze dei loro contemporanei e sulle vicende, liete o funeste, della storia (E. Morselli)].

---

rologia, 1887. — Notevole è il lavoro dello Schrenck-Notzing sulla cura delle inversioni ed anomalie dell'istinto sessuale mediante l'ipnosi: egli dice d'averne guarito alcuni casi (Cfr. la sua memoria: Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erschein. d. Geschlechtssinnes, ecc., Stuttgart 1892). — In un recente rendiconto dell'Istituto ipnologico d'Amsterdam (Van Rentherghem e Van Eeden, Psychothérapie, Paris 1894) leggesi la storia di varii casi di psicosi neurastenica, pazzia del dubbio, agorafobia, paranoia impulsiva, dipsomania, ecc., in cui si è avuta la guarigione; ma sono in maggioranza gli esiti in semplice miglioria. Per mio conto dichiaro d'aver trovato nella paranoia rudimentale, ordinariamente, molta refrattarietà alla cura suggestiva: egli è che l'idea fissa, l'impulso morboso, l'abnorme tendenza sessuale costituiscono, per sè sole, un'autosuggestione, quindi sono in antagonismo potentissimo con esosuggestione (E. M.)].

(1) Si consulti: J. Luys, Le traitement de la folie, Parigi, Rueff, 1893; [Morel J., The treatment of degenerative Psychoses: *Amer. Journ. of Insanity*, ott. 1893 (E. M.)].

TRATTATO DI MEDICINA

COREE

redatte dal Dottor **PAOLO BLOCQ**

Traduzione italiana del Dottor **VITTORIO COLLA**

COREE

redatte da PAOLO BLOCQ

Nelle varie epoche passate si attribuì il nome di corea (χορέια, danza) ad un numero relativamente grande di malattie, che, al presente, si ritengono molto diverse l'una dall'altra, nelle quali il sintoma principale era costituito da movimenti involontari più o meno disordinati. Nemmeno ora possiamo ragionevolmente affermare che le delimitazioni nosografiche, alle quali si giunse coi lavori più recenti, siano ben fisse.

Così, per l'ignoranza nostra circa il *substratum* anatomo-patologico e la patogenesi del maggior numero delle varietà di corea non ci pare che i soli dati *clinici* possano permetterci una divisione quale prima di tutto sarebbe necessaria.

Una prima divisione si deve fare fra le coree, che potremmo dire *essenziali*, conservando a questa parola il suo antico e tradizionale significato e le coree *sintomatiche*. Queste, siano di origine *organica*, quali le *emicoree* postemiplegiche, o *dinamica*, come le forme varie delle coree isteriche aritmiche o ritmiche non saranno qui trattate. Il loro studio trova il suo miglior posto, a proposito dello studio delle malattie, che le determinano e delle quali costituiscono a vero dire, semplici episodii sindromici; verranno perciò descritte con queste.

Nel presente capitolo ci proponiamo, invece, di studiare soltanto le coree *essenziali*. E, fondandoci sui caratteri clinici dei disordini motori, che sono loro particolari, possiamo subito dividerle in due grandi classi, a seconda che le convulsioni sono lente, gesticolatorie, oppure, al contrario, rapide, elettriche; quindi distingueremo, da una parte, la corea *gesticolatoria* e, dall'altra, la *corea elettrica* o *mioclonia*.

Della *corea gesticolatoria* si distinsero poi varie forme cliniche: la *corea delle gestanti*, la *corea cronica*, l'*ereditaria;* ma noi crediamo che la corea gesticolatoria costituisca *una sola entità morbosa*. In altri termini, le varie forme ora ricordate non sarebbero che *varietà* di una *specie*, della *corea del Sydenham*. Tale almeno è l'opinione della Scuola della Salpêtrière, che noi accettiamo perchè la crediamo razionale; ma che pure dovremo giustificare perchè, per quanto riguarda la maggior parte delle coree croniche e, specialmente, la *corea ereditaria* di Huntington, questa almeno viene da molti autori considerata come un'affezione autonoma, essenzialmente distinta dalla corea volgare.

Così pure col nome di *corea elettrica*, — pseudo-corea di Lannois, — si indicano molte affezioni, che vennero e sono ancora considerate come forme distinte. È bensì vero che alcune di esse non occupano nel quadro nosografico un posto ben determinato, giacchè si avvicinano, le une alla *malattia dei tics*,

le altre all'*isterismo*, mentre qualche autore le considera come semplicemente sintomatiche. Perciò dovremo dare la ragione del posto nel quale le classifichiamo, per quanto esso non possa per ora essere che provvisorio.

Però, dalle ultime ricerche istituite in proposito, ci sembra che anche la maggior parte delle varietà di questa categoria: il *paramioclono molteplice*, la *corea fibrillare*, la *corea di Bergeron* non dovrebbero figurare che fra le varie modalità cliniche di una sola *specie* morbosa, alla quale conserveremo il nome proposto di *mioclonia*. Il paramioclono rappresenterebbe il prototipo di tali *coree false*, *pseudo-coree*, *coree elettriche*, alla stessa guisa che, secondo il nostro modo di vedere, la *corea del Sydenham* rappresenterebbe il tipo del gruppo delle coree vere.

La tavola seguente riassume la nostra classificazione delle coree così semplificata:

- COREE
  - *Essenziali*
    - COREA (vera, gesticolatoria)
      - Corea infantile (del Sydenham), *tipo*.
      - Corea molle.
      - Corea delle gravide.
      - Corea cronica, dei vecchi, progressiva, ereditaria (di Hungtinton).
    - MIOCLONIA (corea falsa, elettrica)
      - Paramyoclonus multiplex (di Friedreich), *tipo*.
      - Corea fibrillare (di Morvan).
      - Corea di Bergeron.
      - Corea di Dubini, *varietà distinta* (*a*).
  - *Sintomatiche*
    - ISTERICA.
    - ORGANICA.

A. — Corea vera, gesticolatoria.

I. — COREA DEI BAMBINI (di Sydenham).

SINONIMIA: Danza di San Vito (de Saint-Guy) — Corea minore, Corea volgare.

Storia. — Pare che i medici antichi e quelli arabi non abbiano differenziato la corea dalle altre malattie convulsive; di più, nelle sue origini, la corea fu confusa con varie manifestazioni che al presente sembrano riferibili, almeno in parte, all'isterismo. Questo periodo di confusione venne descritto con un senso critico notevole da Raymond nel suo lavoro (1), nel quale il lettore troverà completamente definita la questione sull'argomento; ed a noi basterà dire solo poche parole perchè l'interesse che essa presenta, ancora affatto teorico quando questo autore scriveva, è poi diventato puramente storico.

I cronisti dei secoli XI e XII ricordano delle piccole epidemie di danza contagiosa, sulle quali ci hanno lasciato dei dati molto imperfetti; ma, verso la

(*a*) [Noi crediamo che la corea del Dubini trovi meglio il suo posto fra le coree sintomatiche che non nel gruppo della *mioclonia* (S.)].

(1) RAYMOND, Art. DANSE DE SAINT-GUY, nel *Dictionnaire encyclopédique*, prima serie, vol. XXV, pag. 457. In esso è raccolta tutta la letteratura sull'argomento fino a questi ultimi dieci anni.

fine del secolo XIV ed in sul principio del XV ci riferiscono la storia di grandi epidemie di danza avvenute sulle rive del Reno e della Mosa che impensierirono i medici di quel tempo, i quali la descrissero col nome di *chorea Sancti Viti*, dal nome del santo che tali ammalati invocavano e dal quale sembra ottenessero la guarigione.

Queste coree epidemiche, sui caratteri delle quali scrissero Schenck di Graffenberg, Otto Brunfels, Paracelso, Plater e Horst, si riferivano senza dubbio, in parte ad isterici affetti da corea ritmica, ed in parte a maniaci e ad epilettici e, forse, anche a qualche vero coreico.

La confusione diminuì colla pubblicazione del lavoro di Sydenham (1), avvenuta nel 1688, il cui valore descrittivo, ancora invocato al presente, basterebbe a legittimare l'attributo, che gli autori contemporanei dànno a questa affezione. Sydenham dice che la corea non è che una specie di convulsione, alla quale sono soggetti i bambini, e che si manifesta con incertezza nell'andatura e con movimenti delle braccia. Charcot ricorda spesso un passo molto bello della descrizione di questo autore, che qui trascriviamo perchè prova la giustezza delle sue vedute: " Quando, dice Sydenham, l'ammalato colla mano vuol portare il bicchiere alla bocca per bere, non può compiere quest'atto direttamente; ma solo dopo mille movimenti gesticolatorii, facendo molti movimenti disadatti e molti giri *come i giocolieri*, finchè, incontrata a caso la bocca, vuota rapidamente il bicchiere ed inghiotte il liquido di un fiato quasi volèsse provocare le risa degli spettatori ". Però, — forse perchè Sydenham conservò all'affezione il nome indeterminato di *danza di San Vito?* — nel secolo XVIII, nè in Francia, nè in Germania non si seppe trarre profitto della luce apportata su tale questione dall'illustre clinico, le cui idee non prevalsero in quell'epoca altro che in Inghilterra.

E così la storia moderna della corea non data, a propriamente parlare, da noi che dalla comparsa della famosa Memoria di Bouteille (2) (1810). Questo autore fu il primo a proporre che l'antica espressione di *danza di San Vito* fosse sostituita dalla parola *corea*, che, secondo lui, deve servire ad indicare un quadro abbastanza largo per contenere diverse varietà. Perciò, egli distingue " la corea essenziale o protopatica, dalle coree secondarie e dalle coree false o pseudopatiche ". Considera anche la corea essenziale come una malattia propria della pubertà.

Nei 30 anni, che seguirono questo autore, poco venne ad aggiungersi ai dati stabiliti da Bouteille; ma si descrissero parecchi casi di forme acute con esito di morte, e, se i reperti necroscopici di Bright (1831), di Bazin (1834), di Gendron (1835) sono quasi assolutamente negativi, per quanto riguarda le lesioni anatomiche peculiari alla corea, vi si trovano già ricordate lesioni dell'endocardio e del pericardio, la cui importanza non tardò poi ad essere messa in luce. Sono infatti queste lesioni, quasi altrettanto quanto i dati eziologici, le quali servirono poi di fondamento alla teoria che sostiene la *natura reumatica* della corea. Benchè i rapporti fra la corea ed il reumatismo fossero già stati notati da qualche autore, da Bouteille che parla di coree reumatiche, da Berndt, da Watson, si può affermare che fu la Memoria di G. Sée (3) (1850) quella che contribuì maggiormente a confermare tale ipotesi; perciò questo lavoro segna uno stadio importante nella storia della corea.

---

(1) SYDENHAM, Schedula monitoria de novae febris ingressu.

(2) BOUTEILLE, Traité de la chorée commune ou danse de Saint-Guy, Parigi 1810.

(3) G. SÉE, De la chorée. Rapports du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerveuses et convulsives; *Mém. de l'Acad. de Méd.*, 1850, vol. XV.

La dottrina, che riferisce alla corea un'origine reumatica, fondata da quest'ultimo autore specialmente su argomenti di statistica, doveva poi essere difesa da Roger (1) (1866), che, in una Memoria egualmente celebre, dimostrò come la patologia del cuore confermi questa teoria. Secondo questo autore, reumatismo articolare, corea ed affezione cardiaca sono " i tre termini di una medesima fase patologica ".

Ciò non pertanto, le lezioni cliniche di Trousseau (2) avevano fatto ricadere la corea nella confusione clinica, alla quale sembrava che il lavoro di Bouteille avesse dovuto porvi termine; ma tale confusione durò breve tempo, giacchè ben presto Charcot (3) sottoponeva ad una revisione nosografica la storia delle coree e la riordinava collo stesso ammirabile metodo da lui usato nelle sue importanti contribuzioni alla patologia del sistema nervoso.

La tesi di Lannois (4) (1886) indica chiaramente questo periodo della storia di tale affezione, ed è certo che, da questo momento, l'accordo è pressochè unanime, per quanto almeno riguarda le distinzioni cliniche.

Ma lo stesso consenso non regna riguardo alla patogenesi o piuttosto riguardo alla *natura* della malattia, e pare appunto che sieno specialmente gli studi intrapresi in questa direzione che caratterizzano le ricerche del nostro tempo.

Contro la teoria reumatica che annovera tuttora molti seguaci: Cadet de Gassicourt (5), Sanné, Rilliet e Barthez (6), West, Meggs e Pepper (7), J. Simon (8), si sono levati altri autori che sostengono la teoria nervosa; Charcot (9), Joffroy (10), Comby (11), Leroux (12). Infine, affatto recentemente, la corea ha, essa pure, subìto l'influenza delle idee moderne, riguardo alla parte preponderante che avrebbero gli agenti infettivi nella genesi delle malattie ed, al presente, l'origine microbica della corea del Sydenham è sostenuta da molti autori: Möbius (13), Osler (14), Berkley (15), Pianese (16), Triboulet (17), Dana (18), Massalongo (19). Secondo alcuni, la corea, vera

---

(1) H. Roger, *Arch. générales de Médecine*, dicembre 1866.

(2) Trousseau, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1877.

(3) Charcot, Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux, 1877 e Leçons du mardi, 1887, 1888-89.

(4) Lannois, Nosographie des chorées; Thèse de concours, Parigi 1886.

(5) Cadet de Gassicourt, Clinique médicale de l'enfance, 1887.

(6) Sanné-Rilliet-Barthez, Traité des maladies de l'enfance, 1890.

(7) Meggs e Pepper, Medical diseases of heart, Filadelfia 1886.

(8) J. Simon, *Bulletin médical*, 1891.

(9) Charcot, Leçons du mardi, 1887-88-89.

(10) Joffroy, *Progrès médical*, 30 maggio 1885 e *Semaine médicale*, 25 febbraio 1893, p. 89.

(11) Comby, Les Relations pathogénetiques de la chorée; *Progrès médical*, 21 aprile 1888, p. 300.

(12) Leroux, Chorée de Sydenham. Étiologie. Nature; *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, giugno 1890.

(13) Möbius, Ueber Seelenstörungen bei Chorea; *Münchener med. Woch.*, nn. 51 e 52, 1892. Si consulti anche il *Manuale* dello stesso autore edito nel marzo 1893.

(14) Osler, Varieties of chronic chorea; *The Journal of nervous and mental diseases*, n. 2, 1993, pag. 97.

(15) Berkley, Contribution à la théorie microbienne de la chorée; *The John Hopkins Hospital Reports*, 1891, n. 6, p. 318.

(16) Pianese, Ricerche batteriologiche e sperimentali in un caso di corea del Sydenham; *Riforma medica*, 14 luglio 1891, n. 158, p. 88.

(17) Triboulet, Du rôle possible de l'infection en chorée; Thèse de Paris, 1893.

(18) Dana, Text-book of nervous diseases, Nuova York 1892.

(19) Massalongo, Contribution à la pathogénèse de la chorée molle; *Revue Neurologique*, 15 luglio 1893.

piressia, sarebbe sotto la dipendenza di un microbio specifico; secondo altri, riconoscerebbe l'influenza nociva di una setticemia (cioè dell'esito comune dell'azione di malattie infettive di qualunque ordine dovute a svariati microorganismi) e, finalmente, per certi altri sarebbe determinata dall'azione delle tossine secrete da microbii.

Eziologia. — La patogenesi della corea del Sydenham è, come vedemmo, ancora attualmente una questione molto controversa. Nessun argomento inconfutabile venne finora prodotto per dimostrare la influenza specifica, sia predisponente, sia determinante, delle numerose cause che vennero invocate con più o meno ragione; perciò, ci limiteremo a passare dapprima in rivista senza preconcetti, — senza cioè pretendere *a priori* che alcune delle influenze, che ricorderemo come prossime, a seconda dei dati fornitici dalle osservazioni degli autori, siano predisponenti piuttosto che occasionali, — i vari elementi eziologici, che sembrano presiedere alla genesi dell'affezione, riservandoci di discuterne il valore relativo in un altro paragrafo.

Clima. Paesi. Razze. — Dalle osservazioni dei varii autori risulta che la corea, più rara nei paesi del mezzogiorno che in quelli del nord, non si riscontrerebbe mai nei paesi tropicali. I medici non ne videro alcun caso nè alle Antille, nè alla Guadalupa, nè alla Martinica. Però la si sarebbe osservata in Egitto ed in Algeria (Bertheraud, Prunes-Bey).

Mitchell credeva che la corea fosse sconosciuta nella razza nera. Recentemente S. Roy (1), invece, ne descrisse un caso molto caratteristico concernente un piccolo negro di sette anni.

Stagioni. — L'influenza delle stagioni non venne ancora dimostrata con sicurezza, benchè sembri che i coreici siano più numerosi nei momenti di cambiamento di stagione, specialmente in autunno. J. Lewis (2), in un importante lavoro di statistica, riuscì a dimostrare che vi hanno relazioni di stagione fra la corea ed il reumatismo. Di fatti, esiste un notevole parallelismo fra le curve riferentisi alla frequenza di queste due affezioni in rapporto alle stagioni. Di più, lo stesso autore ha trovato che la stagione fredda ed umida avrebbe un'influenza incontestabile sullo sviluppo della corea.

Età. — Tolte poche divergenze di ordine secondario, le statistiche sono tutte d'accordo su questo punto, che cioè: la corea del Sydenham è una malattia dell'età giovane e colpisce specialmente i bambini dall'epoca della seconda dentizione fino alla pubertà. I casi di corea *congenita*, che furono descritti sono affatto eccezionali; di più, le osservazioni non sono abbastanza precise da autorizzarci ad ammettere l'esistenza di questa varietà (3). Estremamente rara al disotto dei sei anni come al disopra dei venti, la corea raggiunge il suo massimo di frequenza (nella metà circa dei casi) fra i 6 e gli 11 anni. Dagli 11 ai 15 si conta circa un terzo dei casi. La frequenza di essa diminuisce progressivamente a misura che si avanza in età.

---

(1) S. Roy, A case of chorea in negro; *Medical Record*, 1892, n. 1137, p. 215.

(2) J. Lewis, Seasons relations of chorea and rheumatism for a period of fifte en years; *American Journal of the medical Sciences*, 1892, n. 245, p. 252.

(3) Importa sapere che si descrisse sotto il nome di *corea congenita* una forma di diplegia spastica infantile (Freund) in rapporto con gravi lesioni cerebrali. In questo caso si tratterebbe di corea sintomatica, per cui non insistiamo oltre su di essa.

Su 162 casi raccolti da Leroux in una recente statistica se ne trovano:

9 casi dai 2 ai 5 anni.
41 » » 5 » 8 »
87 » » 9 » 12 »
35 » » 12 » 15 »

L'età che dà la cifra più alta sarebbe quindi compresa fra i 9 ed i 12 anni.

Sesso. — Le bambine sono colpite da tale affezione più frequentemente dei maschi, e su quest'argomento tutti i pediatri (Hughes, Ruftz, Steiner, Smith, Leroux, Triboulet) sono d'accordo. La statistica dà la proporzione di quasi due ragazze ad un maschio.

Ereditarietà. — L'eredità similare è rara nella corea del Sydenham (padre o madre coreico, figlio coreico), ed, il più sovente, si tratta di ereditarietà nervosa detta di trasformazione (genitori epilettici, atassici, neurastenici, ecc.). L'ereditarietà diretta, che è il fattore primordiale della corea di Huntington, fu messa in dubbio da Raymond: però se ne contano attualmente casi relativamente numerosi; G. Sée, nella sua Memoria, cita non solo dei casi di ereditarietà di trasformazione, ma anche dei casi di eredità similare (25 volte trovò degli antecedenti nervosi diversi e 18 volte antecedenti coreici nei parenti diretti, padre o madre). Nelle statistiche straniere, fra gli ascendenti degli ammalati si trova anche la corea. Money (1) la trovò 14 volte negli ascendenti su 214 casi di corea. Féré (2) osservò anch'egli dei casi analoghi. Huet (3) notò, egli pure, l'ereditarietà similare. Leroux non trovò l'ereditarietà diretta, similare che in un solo caso; nella statistica di Triboulet, riferentesi a 300 casi, figura 4 volte.

L'*ereditarietà* detta di *trasformazione* è al contrario delle più frequenti. L'isterismo, l'epilessia, la neurastenia, le psicosi e l'alcoolismo si trovano in moltissimi casi fra gli ascendenti degli ammalati. Su quest'argomento non possiamo fidarci soltanto delle statistiche, giacchè la ricerca degli antecedenti nervosi è irta di difficoltà, e talvolta si tratta di una vera scoperta dovuta alla tenacia ed alla sagacità dell'osservatore, se non anche alla condizione sociale del soggetto. E questa è la ragione, pella quale la proporzione di 31 su 300, risultante dalla statistica di Triboulet, ci sembra estremamente piccola.

Reumatismo. Cardiopatie. — La frequenza del reumatismo quale causa della corea è un fatto incontestabile, malgrado le divergenze statistiche al riguardo. Su 128 casi di corea, Sée ne conta 61 coincidenti col reumatismo, nella proporzione, cioè, di 2 a 5. Di questi 61 caso, 32 erano di reumatismo articolare acuto o subacuto, 29 concernevano dolori reumatici. Roger è di questo parere, anzi, a suo avviso, fra le due malattie vi ha identità di natura. " La natura reumatica della corea, egli dice, è dimostrata dalla coincidenza di questa col reumatismo e, più ancora, dalla coincidenza colle affezioni cardiache „. Questo autore ammette anche una forma di corea alla quale conviene il nome di corea cardiaca.

---

(1) Money, Brain, 1882-83.
(2) Féré, *Arch. de Neurologie*, gennaio 1884.
(3) Huet, Thèse de Paris, 1888.

Fra i documenti statistici, che dimostrano i rapporti eziologici fra corea e reumatismo sarà bene citare: Hughes (1), che, su 108 casi di corea, ne osservò 14 complicati con reumatismo articolare acuto e cardiopatia; Senhouse Kirkes (2), che trovò 33 casi di reumatismo su 36 di corea; Garrod che trovò il 45 per 100 di antecedenti reumatici ereditarii ed il 56 per 100 di soffii endocardici su 80 casi; Comby (3) non trovò nessun caso di reumatismo su 16 di corea; Leroux (4), su 80 osservazioni, ne trovò soltanto 2 complicate con reumatismo articolare acuto, 3 con reumatismo articolare pregresso o alternante, 13 con dolori vaghi articolari o abarticolari apirettici, 62 senza sintomi articolari pregressi concomitanti o consecutivi; in totalità, 5 casi chiari di reumatismo su 80 di corea. Lo stesso autore, compulsando le varie statistiche antecedenti e relative alla coincidenza della corea col reumatismo, venne alla conclusione che questo lo si trova nel 22,2 per 100 dei casi di corea.

Da questi lavori risulta che, se il reumatismo è frequentemente associato alla corea, pure vi hanno casi relativamente numerosi, nei quali questa nevrosi decorre non accompagnata da attacchi di reumatismo di sorta. Riguardo poi ai rapporti fra le *affezioni cardiache* e la corea, lo studio delle statistiche ci induce a conclusioni variabili ed analoghe a quelle del reumatismo. Vi ritorneremo a proposito dello studio clinico del cuore nella corea.

Affezioni croniche. — Vi ha un numero abbastanza grande di casi, i quali sembrerebbero dimostrare che la corea potrebbe manifestarsi quale conseguenza di affezioni croniche del sistema nervoso o di qualsiasi altro apparato. Riguardo al sistema nervoso, è all'isterismo che la si attribuì più di frequente, tanto che si fu condotti a chiedersi se, per caso, la corea non fosse di natura isterica. Si noti, a questo proposito, che l'isterismo si trova con una frequenza particolare nelle madri dei coreici, e che, d'altra parte, l'ovaralgia, come le altre manifestazioni isteriche, si riscontra spesso in questi ammalati (Marie, Debove). Fra le altre affezioni croniche capaci di diminuire la resistenza dell'organismo abbiamo la *anemia*, la *clorosi* (5), il *rachitismo*, la *scrofola*, che potrebbero determinare la comparsa della corea.

Affezioni acute. — La influenza eziologica delle infezioni non fu messa in chiaro che in questi ultimi anni. Però era già stata notata da Rilliet e Barthez, che ricordano l'azione debilitante occasionale delle febbri eruttive, della pneumonite e dell'ileo-tifo; da Despine e Picot, che osservarono la corea dopo la scarlatina, la pneumonite, la malaria; da Strümpell, che dice come la corea si manifesta talvolta dopo una febbre di origine infettiva. Triboulet, che sostenne la natura infettiva della corea, in una statistica di 300 casi raccolti da suo padre, trovò che 100 volte la corea erasi manifestata durante un'affezione generale febbrile. La *scarlatina*, il *morbillo*, la *risipola*, la *tosse ferina*, la *varicella*, il *vaiuolo*, la *pneumonite*, l'*ileo-tifo*, la *malaria* sarebbero, per ordine di frequenza, le piressie, che si riscontrarono il più spesso.

---

(1) Hughes, *Guy's Hospital Reports*, 1846.

(2) Senhouse-Kirkes, *Med. Times and Gazette*, 1869.

(3) Comby, loco citato.

(4) C. Leroux, loco citato.

(5) L'anemia, specialmente quella secondaria alla tubercolosi ganglionare, fu incriminata da Rachford, che, in una statistica di 51 casi l'avrebbe trovata nel 50 per 100 (The Etiology of chorea; *Medical News*, 22 aprile 1893, n. 16, p. 429).

Traumi. — Troviamo anche i traumi: cadute, contusioni del capo, menzionate in molti casi e seguite dopo poco tempo dalle prime manifestazioni della corea. Un caso di corea grave sviluppatosi in seguito ad una grave lesione dell'omero e guarito dopo la resezione di esso, fu descritto da Sexton (1).

Eccitamenti genitali. — Alcuni autori antichi attribuirono una grande influenza all'*onanismo* nell'eziologia della corea. Raymond, senza negare recisamente l'influenza di tale causa, fa notare l'impossibilità di istituire delle statistiche al riguardo, e perciò crede se ne debba attenuare di molto il valore.

Impressioni morali — Imitazione. — Le emozioni vive, lo spavento e specialmente la paura, furono menzionate in ogni epoca ed anche nelle statistiche moderne si trova spesso ricordata l'influenza di esse. È indubitato che si debba tener conto della tendenza che hanno i parenti a fare intervenire tali cause, anche in casi, nei quali non sembrano giocarvi grande parte, per non esagerarne l'importanza.

Tuttavia non possiamo negarle ogni valore. Non sembra ammissibile che l'*imitazione*, la cui importanza fu invocata da Ziemmsen, possa determinare una vera corea del Sydenham. La disamina dei casi di contagio di corea che furono descritti, la maggior parte dei quali passarono *rapidamente* a guarigione in seguito a svariate manovre, ci autorizza a ritenerli casi di corea aritmica isterica, tanto più che questa varietà non è conosciuta che da poco tempo. Le isteriche, e questo fatto fu molte volte dimostrato cogli esperimenti di ipnotismo, possono *imitare la corea;* in tal caso, però, non si tratta che di *simulazione della corea*, e non di corea vera.

Patogenesi. — La patogenesi della corea non è ancora ben chiara e possiamo dire che tre sono le teorie le quali, al presente, contano i più autorevoli sostenitori: *teoria reumatica*, *teoria nervosa*, *teoria infettiva.*

Teoria reumatica. — Pei sostenitori di questa teoria, la corea sarebbe dipendente dal reumatismo; si tratterebbe di un'affezione di natura reumatica. Questi autori (Sée, Rilliet-Barthez, Sanné, Cadet de Gassicourt, J. Simon, Decroizilles) invocano a sostegno specialmente i dati statistici, i quali dimostrano la frequenza quasi preponderante del reumatismo fra le cause della corea. Per determinare la corea, il reumatismo attacca il sistema nervoso centrale od i suoi involucri come colpisce le sierose. La corea non è in qualche modo che una specie di reumatismo nervoso, la cui localizzazione sarebbe determinata dalla predisposizione neuropatica.

Teoria nervosa. — La teoria nervosa, contemporaneamente alla spiegazione dei rapporti fra corea e reumatismo, fu così formulata da Charcot (2). " La corea, egli dice, venne considerata da molti autori quale un'emanazione del reumatismo articolare. Si tratta sempre della grande questione del combinarsi dell'artritismo colle malattie nervose. Da ciò che spesso assistiamo allo sviluppo di una corea dopo un reumatismo articolare acuto, si conclude che questa corea merita il nome di reumatica. Ma la corea può esistere da sola e nelle stesse condizioni senza aver nulla a che fare col reumatismo..... È chiaro che, in questo caso, il reumatismo articolare ha sulla corea la stessa influenza di agente provocatore, come la sifilide lo ha sull'atassia locomotrice progressiva. In fondo

(1) Sexton, Rivista del *Bulletin médical*, 1890, p. 415.
(2) Charcot, Leçons du mardi, 1887-88, p. 38; 1888-89, p. 114.

però è sempre la stessa malattia, che è in un caso la corea, nell'altro l'atassia locomotrice..... Non si ha corea che meriti il nome di reumatica nello stretto senso della parola; in altri termini, non credo che la corea possa essere ritenuta come un " equivalente „, nei centri nervosi, dell'affezione articolare o delle affezioni viscerali della febbre reumatica, e mi pare che l'opinione, contro la quale mi levo, non sia che il risultato di un'illusione. La corea ed il reumatismo articolare spesso si accompagnano, sia in uno stesso soggetto, sia nella famiglia, e su ciò non v'ha dubbio; ma la frequente coincidenza ed anche l'alternarsi di queste due affezioni non basta affatto a dimostrare che sono identiche e della stessa natura; tutt'al più, possiamo pensare che fra di esse esista una certa affinità, della quale resta ancora da chiarire la ragione. Ora, la coincidenza notata, benchè realmente comune nei casi di corea, non è costante e necessaria. La si potrebbe trovare, ma in grado senza dubbio meno spiccato, benchè molto spesso ancora, in tutte le altre nevrosi, quasi senza eccezione. Così nell'isterismo, nel male epilettico, nella paralisi agitante, nel morbo di Basedow, nelle tetanie, ecc. Questo fatto risulta chiaro quando, prima di concentrare la sua attenzione su di un campo limitato, il clinico considera le cose da lontano, nel loro insieme, come farebbe un pittore quando vuol osservare un quadro, non più i particolari, ma nel suo tutto..... La coesistenza così frequente, ma per nulla necessaria, della corea col reumatismo, costituisce un bell'esempio dell'associarsi di due diatesi, della nervosa e dell'artritica „.

La teoria nervosa venne formulata a più riprese in termini precisi da Joffroy (1). Per questo autore, la corea è una malattia, che colpisce l'asse cerebrospinale e legata al periodo di accrescimento; essa sta al sistema nervoso come la clorosi sta al sistema circolatorio e la si potrebbe chiamare: una *nevrosi cerebro-spinale d'evoluzione*. Con questa teoria, si possono spiegare: l'epoca della comparsa (evoluzione), le modificazioni dell'intelligenza, la varietà dei disordini osservati (movimenti coreici, paralisi, disturbi riflessi e sensitivi). Riguardo alle manifestazioni articolari della corea, debbono considerarsi come artropatie speciali dovute alla corea stessa, artropatie coreiche paragonabili alle mielitiche, e, come queste, indubbiamente di origine spinale. Le manifestazioni sierose sarebbero, esse pure, della stessa natura di quelle delle grandi sclerosi nervose centrali, quali si vedono nelle emorragie e nei rammollimenti cerebrali.

Recentemente Joffroy (2) è ritornato in modo ancor più esplicito sulle sue idee circa la natura della corea. La corea, malattia essenzialmente caratterizzata da disturbi motori, consiste, secondo questo autore, in un disturbo funzionale dei varii sistemi dell'apparato motore anormalmente sviluppato. Questo sviluppo anormale è conseguenza della degenerazione. I coreici sarebbero quindi degenerati nei quali la degenerazione dell'apparato resta latente fino al momento in cui una causa qualunque sorgerà a metterla in evidenza. Questa causa potrà essere o il reumatismo (e ciò accade tanto di frequente che si fu indotti ad ammettere la natura reumatica della corea) od una pneumonite, l'influenza, un ileo-tifo, ecc., qualche volta la clorosi, lo strapazzo. La corea, adunque, sarebbe la manifestazione (determinata dal reumatismo, da una pneumonite, da un'emozione, ecc.) della degenerazione dell'apparato nervoso motore.

---

(1) Joffroy, *Progrès médical*, 1885; *Journal de médecine et de chirurgie prat.*, 1891; *Semaine médicale*, 1892.

(2) Joffroy, De la folie choréique, definition et nature de la chorée; *Semaine médicale*, 25 febbraio 1893, n. 12, p. 89.

Questa medesima teoria nervosa, più o meno modificata, fu sostenuta da Comby, secondo il quale la corea del Sydenham sarebbe una neurosi del periodo di accrescimento; da Perret e Devic e da Leroux che si sono basati specialmente sulle loro statistiche, raccolte allo scopo di dimostrare la verità di questo modo di vedere (*a*).

Teoria infettiva. — La corea si manifesta frequentemente in seguito a malattie infettive; spesso si accompagna ad artropatie, talvolta a febbre, ad endocardite, a processi suppurativi; è soggetta a recidive ed, in certi casi, determina dei disturbi mentali. Queste costituiscono altrettante analogie fra essa e le malattie infettive, analogie invocate per sostenere la teoria infettiva. Benchè siffatta teoria non conti che pochi anni di vita, pure ad essa si riferiscono due concetti diversi che potremmo riassumere così. Per certi autori, la corea è una infezione specifica determinata da un microbio *speciale*. Per altri, invece, sarebbe dovuta ad agenti infettivi *diversi*, capaci di determinarla in virtù di una predisposizione individuale del soggetto. Non occorre dire che, tanto nell'uno quanto nell'altro caso, le manifestazioni coreiche sono legate alla presenza dei microbii stessi (infezione) o dei loro prodotti di secrezione (intossicazione).

La teoria *microbica specifica* non si fonda che su di un solo caso, datante dal 1891, e che non fu di poi nè *confermato* nè *controllato;* perciò ci limiteremo ad accennarlo solo brevemente. In una nota sulla *Riforma Medica*, Pianese (1) dice che, avendo avuto occasione di fare l'autopsia di un individuo portato all'Istituto anatomico colla diagnosi di: " forma grave di corea volgare generalizzata ", riuscì ad isolare dal midollo spinale un microbio particolare in forma di bastoncello diritto, che cresce facilmente sulla gelatina peptonizzata. L'inoculazione di questa coltura sotto la dura madre, nella guaina dello sciatico, nella mucosa nasale o nella camera anteriore dell'occhio, avrebbe sortito un risultato positivo. Gli animali inoculati diventano dapprima apatici, di poi sono côlti da un tremito leggero e, finalmente, da movimenti convulsivi, in preda ai quali muoiono. All'autopsia di questi animali si trova il bacillo soltanto nel sistema nervoso; le cellule nervose, specialmente quelle delle corna anteriori del midollo spinale, dimostrano una speciale alterazione del protoplasma.

Dagli organi nervosi centrali si ottengono colture pure dello stesso microbio inoculato. L'autore conclude che la corea è di natura infettiva, microbica, specifica.

Ma la maggior parte dei sostenitori della teoria infettiva della corea non giunsero fino a supporre od a ricercare un agente microbico specifico di questa affezione che si localizzi nel sistema nervoso durante il suo decorso, benchè pure si siano proposti il problema di vedere se l'esame del sangue non potrebbe, nei casi complicati con endocardite, fornire dei dati per risolvere la questione. In un caso di Leredde (2) concernente una corea senza reumatismo con febbre ed endocardite, si trovò nel sangue lo stafilococco albo. Triboulet (3)

(*a*) [Giuffrè sostiene pure che la localizzazione corticale ossia cortico-basillare sia quella che occorre con una frequenza di gran lunga superiore alle altre, e che si osserva anche di regola nella Corea di Sydenham, intesa nel senso più ristretto. V. *Trattato it. di Patologia medica*, vol. II, parte 3ª. V. L. Giuffrè, Corea del Sydenham (S.)].

(1) Pianese, Ricerche batteriologiche e sperimentali in un caso di corea del Sydenham; *Riforma medica*, 14 luglio 1891, n. 158, p. 88. [L'autore sviluppò più diffusamente l'argomento in una accurata Memoria posteriore, corredata di figure esplicative, e di documenti clinici e sperimentali (S.)].

(2) Leredde, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1° maggio 1891.

(3) Triboulet, loco citato.

esaminò il sangue in parecchi casi di corea con o senza reumatismo, con o senza complicazione cardiaca, ma sempre accompagnati da febbre: quattro volte, all'esame a fresco od in coltura, trovò dei microbii, 4 volte, invece, tali esami furono negativi. Si trattava, nei casi positivi, dello stafilococco bianco e dell'aureo. Questo autore fondandosi in parte su considerazioni teoriche ed in parte su questi dati positivi, i quali dimostrano che un'alterazione umorale, consistente nella entrata nel sangue di un elemento infettivo microbico qualunque, è ben dimostrabile in certi casi di corea, propone la seguente teoria: la corea riconosce per causa una *setticemia comune*, per nulla specifica, dovuta ad agenti patogeni non localizzati nel sistema nervoso, una setticemia, che esplica o non la sua azione patogena per mezzo di una secrezione di prodotti solubili disseminabili sull'asse cerebro-spinale. Del resto questa localizzazione sarebbe favorita dalla predisposizione neuropatica del soggetto.

Altri autori, senza preoccuparsi, come i precedenti, della questione del microorganismo, specifico o non, si sono basati specialmente su considerazioni di analogia per sostenere la teoria infettiva in generale. E così, nel caso particolare, si presero per fondamento le pretese analogie fra la corea dell'uomo e l'affezione conosciuta col nome di *corea del cane*. Henry S. Berkley (1) descrive il caso di una ragazza di 27 anni in preda a gravi movimenti coreici, poi a disturbi mentali, che morì due mesi dopo coi fenomeni — elevazione della temperatura, abolizione dei movimenti — della corea grave. All'autopsia, si trovarono, oltre alle alterazioni del sistema nervoso, endocardite acuta mitrale, un ascesso della parotide e bronco-pneumonite. Nel sistema nervoso, poi, si osservarono lesioni vascolari più o meno diffuse, ma con focolai contenenti corpi jalini che deporrebbero per una infezione. Non fu possibile fare ricerche batteriologiche. Le quali però vennero istituite su di un cane coreico, che l'autore ebbe per caso in osservazione. Nè l'esame istologico, nè le colture permisero di trovare un microorganismo, ma le lesioni vascolari e degli elementi nervosi assomigliavano molto a quelle determinate dalla difterite. L'autore, perciò, crede che la corea debba essere considerata come un'affezione bacillare, che esplica la sua azione sul sistema vascolare delle meningi.

La corea del cane venne specialmente studiata sotto questo punto di vista da Triboulet, il quale dimostrò, come si era già detto in passato, che non è affatto paragonabile clinicamente alla corea dell'uomo. Non meriterebbe quindi che ci dilungassimo ulteriormente su questo argomento se questo osservatore, nel corso delle sue esperienze, avendo inoculato ad un cane delle colture del microbio isolato da un cane coreico, non fosse riuscito a determinare in esso un'atrofia muscolare con iscosse ritmiche, insomma una specie di malattia a movimenti coreiformi di natura esperimentale. Questo risultato, pur essendo sotto molti aspetti discutibile, venne, infatti, interpretato nel senso che dimostrerebbe la possibilità che il sintoma, movimento anormale, potesse essere sotto la dipendenza dell'azione microbica.

È pure su ragioni di analogia soltanto che Möbius (2) si basò per dichiarare che la corea del Sydenham è, secondo lui, una malattia infettiva. Gli argomenti addotti sono i seguenti: ogni uomo perfettamente sano, anche senza antecedenti ereditarii, può essere colpito da corea; il decorso di questa malattia è quello di un'infezione, e non quello di una nevrosi; si può morire

---

(1) Henry S. Berkley, A case of chorea insaniens with a contribution to the germ theory of chorea; *The John Hopkins Hospital Reports*, agosto 1891, n. 6, p. 318.

(2) Möbius, loco citato.

per una corea e non per una neurosi (nell'epilessia, la morte, quando sopravviene, ripete una causa indiretta); l'endocardite e le artropatie ne attestano l'origine infettiva; i disturbi della psiche determinati dalla corea assomigliano a tutti gli altri delirii tossici.

Riassumendo, se gli argomenti addotti da Charcot e che abbiamo enumerato ci sembrano sufficienti per abbandonare la teoria reumatica della corea nel suo assolutismo, d'altra parte ci sembra che al presente nessun argomento indiscutibile sia tale da deporre per la teoria infettiva. Certamente, anche la teoria nervosa lascia alquanto a desiderare, soprattutto in quanto non fornisce una spiegazione adeguata degli accidenti infettivi nel decorso della corea del Sydenham; ciò non pertanto, è ancora la più accettabile, specialmente ove si tenga conto dei dati che ci fornisce, sull'argomento, lo studio della corea di Huntington, che è della stessa natura, come speriamo poter dimostrare, e la cui *origine neuropatica* pare al giorno d'oggi indiscutibile.

Anatomia patologica. — Se cominciamo col confessare che la lesione particolare della corea non si conosce ancora, ciò non vuol dire che sia inutile e senza vantaggio discutere i reperti necroscopici già numerosi pubblicati su questo argomento. Però convien fare una distinzione fra i fatti anatomici osservati durante il *decorso* della corea e quelli che sembrarono esserle veramente *proprii;* di più, prenderemo in esame da una parte le alterazioni del *sistema nervoso*, dall'altra le lesioni degli altri *apparati.*

La critica delle autopsie pubblicate fino al 1880 venne già fatta con rigore scientifico da Raymond (1) e da essa risulta che le lesioni del sistema nervoso riscontrate sono veramente numerose, ma svariate e delle più comuni a riscontrarsi: pachimeningite vascolare ed emorragica (Frerichs), iperemia meningo-encefalica, il più spesso diffusa, talvolta localizzata alla protuberanza ed al bulbo (Ogle), al corpo striato (Dickinson), focolai di rammollimento disseminati, lesioni degenerative delle cellule della corteccia; tali sono le alterazioni riscontrate più di frequente. Più rare furono altre alterazioni, anch'esse svariate: meningiti membranose, piccoli focolai emorragici, spandimenti ventricolari.

Nel *midollo spinale* si riscontrarono lesioni in alcuni casi soltanto; due volte, anzi, si trovò leso soltanto il midollo, intatto il cervello. In tali casi si trattava di iperemia, di rammollimento cervico-dorsale, di degenerazione delle cellule ganglionari. Raymond, riguardo all'interpretazione di questi reperti, concluse che: nei soggetti morti nel decorso di una corea, le lesioni del cervello e del cuore sono le più frequenti, che, di rado, le lesioni sono limitate all'encefalo, che l'iperemia è soprattutto più frequente; a questa, per frequenza, seguono il rammollimento ed, infine, l'encefalite.

Benchè queste lesioni non abbiano alcunchè di specifico, pure alcuni autori attribuirono a qualcuna di esse la patogenesi della corea. In un recente Trattato (2), Dana ammette che le lesioni determinanti la corea risiedano nella pia madre, nella corteccia, nel fascio piramidale, nel nucleo lenticolare e nel midollo. Secondo questo autore, esse consisterebbero, pei casi acuti, in una iperemia intensa con dilatazione dei vasi e piccoli focolai emorragici e di rammollimento. Vi sarebbe infiltrazione degli spazi perivascolari determinata da cellule rotonde e da proliferazione peri-arteriosa. Insomma, si tratterebbe di un processo infiammatorio causato da un microorganismo infettivo o da

(1) Raymond, loco citato.
(2) Dana, Text book of nervous diseases, New York 1892.

un prodotto tossico simile a quello che sostiene i sintomi reumatici e le lesioni cardiache.

Nelle autopsie praticate dopo il 1880, malgrado i considerevoli progressi nella tecnica istologica, non si trovarono che lesioni simili a quelle suddescritte. Però Klein, e poi Flechsig e Wollenberg e, finalmente Jackowenko (1) descrissero dei corpi *speciali* (*Chorea-Körperchen*) che si riscontrerebbero soltanto nella corea, in alcune parti del sistema nervoso. Jackowenko prese in esame i pezzi provenienti da sette autopsie di coreici e specialmente il midollo spinale, il bulbo, la protuberanza, il cervelletto, la corteccia ed i ganglii del cervello. Le alterazioni riscontrate erano localizzate sempre nei ganglii centrali e più specialmente nella parte anteriore del segmento del nucleo lenticolare che chiamasi *globulus pallidus;* talvolta, ma non sempre, perchè in tal caso si tratta di casi particolari, nel nucleo caudato e nella parte posteriore dei talami ottici. Queste lesioni consistono essenzialmente in ammassi di corpuscoli lenticolari anormali che si accumulano specialmente attorno ai vasi, presso le cui pareti si trovano spesso, e negli spazi perivascolari. Questi corpicciuoli sono di forma ovoidale e presentano una parte centrale oscura che si colora intensamente, con certi reattivi, ed una periferica chiara. Resistono agli acidi ed agli alcali, il che dimostra la loro natura organica. Fra le sostanze coloranti usate comunemente in istologia, l'acido osmico, l'eosina, il carmino non le colorano; il jodio e l'acido solforico ne escludono l'origine amiloidea; il violetto di genziana e quello di metile li colorano debolmente; fortemente, invece, l'ematossilina ed il rosso Magenta. Probabilmente si tratta di degenerazione jalina a localizzazione speciale.

Ma il valore di queste lesioni venne poi a diminuire pelle ricerche ulteriori che, dimostrandone il vero significato, le fecero rientrare nella categoria delle alterazioni relativamente comuni. P. Manasse (2) esaminò 39 cervelli dei quali 20 provenivano da individui morti per malattia infettiva e 19 da persone decesse per altre affezioni non infettive. Nei primi trovò dei trombi jalini derivanti dai globuli bianchi nei vasi, i quali trombi talvolta obliteravano pressochè completamente il vaso, tal'altra non ne occupavano che il centro; di più, negli stessi pezzi, riscontrò quasi sempre degli ammassi di cellule specialmente attorno ai vasi. Siccome queste formazioni jaline non esistevano nei 19 cervelli appartenenti ad individui che soggiacquero a malattie non infettive, possiamo dedurre che esse si produssero durante la vita e non rappresentano affatto un'alterazione post-mortale. Un'esperienza praticata su di un cane conferma maggiormente questa supposizione. All'esame del cervello di un cane, nelle vene del quale si erano iniettati dei prodotti di putrefazione, si riscontrarono le stesse lesioni vascolari e perivascolari. L'autore si crede quindi autorizzato ad ammettere che queste formazioni non sono peculiari della corea, ma delle malattie infettive, che si riscontrano negli antecedenti coreici.

Ad analoghe conclusioni pervenne Laufenauer (3). Questo autore studiò 5 casi di corea grave nei quali la morte avvenne per accidenti infettivi a decorso rapido. All'autopsia trovò: da una parte iperemia della sostanza grigia del cervello (corteccia e ganglii), dall'altra, quasi costantemente, endocardite o acuta, oppure già antica e cronica. Nel nucleo lenticolare si vedevano dei corpi

(1) Jackowenko, Viestnick de Merjeewsky, 1889, vol. 6, fasc. 2°.

(2) P. Manasse, Ueber hyaline Ballen und Thromben in den Gehirn's-Gefässen bei acuten Infections Krankheiten; *Virchow's Archiv*, vol. CXXX, fasc. 2°, p. 127, 1890.

(3) Laufenauer, Società Reale di Medicina di Budapest; *Bulletin médical*, 1890, p. 453.

di aspetto jalino, probabilmente di natura amiloidea, colorantisi in bruno col jodio. Nel midollo si notava un'infiammazione interstiziale diffusa della stessa natura; meno colpito era il cervelletto. Non si tratterebbe quindi di embolismi, ma di lesioni connettivali diffuse. L'autore, ragionando per analogia, concluse per la natura infettiva di queste lesioni e della corea.

Queste lesioni perivascolari stesse non sarebbero nemmeno esse costanti. C. Turner (1) presentò alla *Pathological Society of London* dei tagli di sostanza cerebrale fatti in 5 ammalati dai 12 ai 19 anni morti durante il decorso di una corea. Contrariamente a quanto era stato dapprima osservato, in nessuno di questi preparati si trovarono lesioni vascolari. Per contro, nelle sezioni praticate a livello della scissura di Rolando, si trovò ipertrofia, rigonfiamento, opacamento di alcune cellule piramidali nello strato profondo della sostanza corticale. Queste alterazioni della sostanza nervosa più o meno imponenti, giusta i casi, permettono, secondo quest'autore, di credere che la corea non sia come l'isterismo, un disturbo puramente funzionale della sostanza cerebrale, ma ripeta la sua causa in una vera lesione cerebrale che, dati i suoi caratteri, può scomparire completamente e costituita soprattutto da uno stato di rigonfiamento delle cellule piramidali.

Però gli ammalati di Turner morirono, l'una per setticemia puerperale, due per cardiopatia con albuminuria. Perciò, nella stessa seduta, Hale White obbiettò che queste gravi affezioni erano bastevoli per dar ragione delle lesioni riscontrate.

Se, finalmente, aggiungiamo che un certo numero di osservazioni necroscopiche recenti fatte da osservatori competenti, pur essendo praticate con tutta cura, mettendo in opera ogni mezzo di cui dispone l'istologia, non riuscirono a svelarci nessuna lesione speciale dei centri nervosi, ci riteniamo autorizzati a concludere che, allo stato presente della scienza, l'anatomia patologica della corea non può ammettere nei centri nervosi nessuna alterazione che pei suoi caratteri specifici o pella sua costanza possa essere ritenuta con sicurezza quale rappresentante del substrato organico di quest'affezione.

Le lesioni dell'*apparecchio cardiaco* furono riscontrate nel maggior numero delle autopsie praticate, essendo il cuore quasi sempre colpito nelle coree mortali. Furono descritte delle pericarditi secche e con versamenti; talvolta si trovarono depositi fibrinosi recenti sui due foglietti del pericardio. Il più spesso si tratta di endocardite ulcerosa o vegetante innestatasi, in certi casi, su lesioni antiche e che non offre nulla di particolare che permetta di ritenere esatta la descrizione fatta pel passato del *cuore coreico* da Tuckwell (2). Non occorre dire che le lesioni endocardiche si accompagnano colle loro abituali conseguenze.

Gli *altri organi*, all'infuori delle lesioni emboliche legate all'endocardite, sono poco lesi. Si notarono però, abbastanza frequentemente, suppurazioni svariate, ed in ispecial modo l'ascesso della parotide (*a*).

---

(1) Ch. Turner, Rivista nel *Bulletin médical*, 1892.

(2) Tuckwell, Contributions to the pathology of chorea; *Saint-Barth. Hospital Reports*, 1889, pp. 86-105.

(*a*) [Il lettore italiano che voglia approfondirsi nell'anatomia patologica della corea potrà consultare con profitto i lavori di Golgi (Sulle alterazioni degli organi centrali in un caso di corea gesticolatoria associata ad alterazioni mentali; *Riv. clinica di Bologna*, 1874), di Patella (Contribuzione anatomo-patologica e clinica allo studio della corea minore, Padova 1888), di Pianese, di Guizzetti (Contributo alla eziologia ed alla anatomia patologica della corea di Sydenham; *Riforma medica*, 1893), di Cirincione e Mirto (Corea cronica progressiva; *Giornale di Neuropatologia*, 1890), di Ruffini, ecc. (S.)].

Fisiologia patologica. — Data l'incertezza che regna ancora sul substrato anatomico determinante la corea, è facile comprendere come le teorie che pretendono spiegare i fenomeni della malattia non rappresentano che ipotesi tutte discutibili. Ciò non pertanto, riferiremo succintamente le principali.

A. *Teoria dell'embolismo.* — È specialmente sostenuta da Tuckwell e si fonda sulla teoria dell'origine cardiaca della corea. Considerando che nella maggior parte dei casi mortali, oltre alle lesioni di endocardite vegetante, si trovano degli emboli multipli secondarî, emboli, le cui conseguenze sui centri nervosi costituiscono talvolta le sole lesioni apprezzabili di detti centri, sorse la domanda se non fosse ragionevole assimilare questi casi gravi ai leggeri ed attribuire anche questi ad embolismi dei centri nervosi. Questo modo di vedere, relativamente discreditato al presente, dominò per molto tempo in passato e fu a lungo discusso da Raymond, che non durò molta fatica per dimostrarlo inammissibile. Difatti, la guarigione della corea non è compatibile con lesioni emboliche, delle quali non si può sperare la *restitutio ad integrum;* di più, è tutt'altro che dimostrato che i processi degenerativi dei corpi optostriati, che nel caso attuale sarebbero particolarmente tirati in causa, possano determinare dei movimenti coreici, senza contare che non sempre si trovano embolismi nelle autopsie dei coreici.

B. *Teoria discrasica.* — Questa teoria è fondata su di un fatto generale: lo stato ordinariamente anemico dei coreici e la gravità della corea, che sembra in relazione col grado di indebolimento dell'ammalato. Essa venne sostenuta da Bouchut e Brouardel. L'interpretazione proposta è molto semplice: il sistema nervoso squilibrato per l'insufficiente nutrizione, dà origine al disturbo motore per influenza del minimo eccitamento. Però, data la durata delle convulsioni, pare che l'ipoglobulia dovrebbe essere più imponente di quanto non sia dato riscontrare nella maggioranza dei casi. Di più, l'anemia permane dopo la scomparsa delle convulsioni, e non è in fin dei conti che una causa banale, colla quale riuscirebbe quasi impossibile interpretare fisiologicamente i disturbi motori.

C. *Teorie nervose.* — Dobbiamo anche ricordare l'ipotesi *psicologica* di Sturges, il quale, invocando l'agitazione e l'incoordinazione motrice legata ad ogni eccitamento psichico, crede che un movente analogo si verifichi nella corea e che la persistenza dei suoi effetti sia dovuta ad un particolare stato psichico dei bambini?

A maggior ragione merita la nostra attenzione l'irritazione del cervello, se non della *corteccia*, almeno dei *ganglii*, giacchè al presente conosciamo non solo un certo numero di casi nei quali dei disturbi speciali di moto (tremore, atassia) furono certamente sotto la dipendenza di lesioni dei corpi optostriati; ma di più sappiamo ancora che, pur essendo comuni, le lesioni descritte da Jackowenko nella corea sembravano di preferenza localizzate in questi ganglii. Però non è questa che un'ipotesi vaga in quanto non ci spiega donde parta la supposta irritazione, nè come e su quali elementi eserciti la sua azione.

Fra le teorie nervose *riflesse* o *periferiche*, non possiamo passare sotto silenzio quella di Stewens non solo per la voga che ebbe, ma anche perchè ha il merito di attirare l'attenzione su certi sintomi passati inosservati. Secondo questo autore, la corea dipende essenzialmente da disturbi primitivi della rifrazione. Gli sforzi ripetuti per l'accomodamento, l'astenopia, costituiscono altrettanti eccitamenti speciali capaci di determinare col tempo la corea. La cura di questa affezione consisterebbe quindi in tenotomie e nell'uso di opportuni occhiali. Stewens (1) ha così curato 3 casi di corea in presenza di una com-

(1) Stewens, *Journal of nervous and mental diseases*, dicembre 1889.

missione istituita *ad hoc* dalla *New-York Neurological Society:* un caso passò a guarigione. Benchè questa teoria ottica non sembri più sostenibile, sarà bene tener presente che i disturbi visivi non sono rari nei coreici, e possono essere considerati come una causa accessoria, occasionale di quest'affezione.

Riguardo al meccanismo del *movimento coreico* riferiremo i risultati degli studii recentemente pubblicati su quest'argomento da Orazio C. Wood (1), benchè fatti su animali, perchè hanno una certa importanza dal punto di vista generale. Questo autore, fondandosi sulle sue esperienze, crede che, nei movimenti coreici, si tratti, prima di tutto, di mancanza o di debolezza dell'azione inibitoria del midollo che non controlla più, come d'abitudine, la funzione delle cellule motrici spinali. Le scariche intermittenti rappresentate dai movimenti coreici sarebbero dovute: 1° alla tendenza naturale delle cellule a produrre scariche ritmiche; 2° ad un disturbo della inibizione del midollo che, allo stato normale, previene queste scariche ritmiche. E così si comprende come questi movimenti non determinino fatica apprezzabile, giacchè si compiono senza compartecipazione della volontà.

Sintomi. — La corea ha *due varii modi* di inizio: talvolta i movimenti anormali compaiono all'improvviso e questo è il caso più raro. Tal'altra l'affezione decorre in modo insidioso, preceduta da una specie di periodo prodromico, caratterizzato specialmente da disordini della sfera psichica. E questo è il caso più comune.

L'inizio *brusco* si osserva comunemente quando la corea segue ad un'emozione viva, come la paura, o ad una caduta. In tal caso è dopo pochissimo tempo, da qualche ora ad uno o due giorni, che intervengono le convulsioni.

Il periodo prodromico che preludia gli spasimi, nei casi di *inizio lento*, ha una durata male determinata per l'insidiosità dei sintomi, che si riferiscono allo stato psichico ed allo stato generale. I disturbi che si osservano in tali casi concernono l'intelligenza e l'affettività. Se il bambino va a scuola, si vede che vi è meno attento in classe, che i suoi lavori sono trascurati. Diventa capriccioso, irrequieto, piagnucoloso; non sopporta più alcuna redarguizione senza versare lacrime abbondanti; si isola dai suoi compagni coi quali non cerca più di dividere i trastulli. Poco dopo intervengono dei movimenti bruschi, isolati e rari, che sembrano quasi volontarii e determinano quindi sbadataggini negli atti più comuni che meravigliano quelli di casa. Il bambino rovescia il suo bicchiere sulla tavola, lascia sfuggire dalle mani gli oggetti che tiene. Le rimostranze, le correzioni stesse, a cui si ricorre, riescono vane.

Il più spesso, il soggetto in questo periodo accusa senso di fatica, dolori vaghi ed irrequietezza negli arti; talvolta si osserva anche qualche disordine da parte dell'apparato digerente, diminuzione dell'appetito, lentezza nella digestione, stipsi ostinata.

Comunque vadano le cose, alle semplici smorfie della faccia non tardano a succedere delle vere contorsioni, mentre agli arti i movimenti involontarii si fanno sempre più manifesti, sì che l'affezione non può più essere disconosciuta, mentre i prodromi sono talvolta passati inosservati.

Motilità. — Arrivata al periodo di stato, la corea offre a considerare prima di tutto i disordini della *motilità*, inquantochè costituiscono i disturbi predo-

(1) Horatio C. Wood, The Choreic Movements; *The Journal of nervous and mental diseases*, aprile 1893, n. 4, p. 241.

minanti e caratteristici. I movimenti coreici sono prodotti da contrazioni muscolari involontarie, ordinariamente coscienti, rinnovantisi senza posa o ad accessi, e che si interrompono nel sonno, quando pervengono ad impedirlo; di più, sono disordinati, irregolari, abbastanza ampii, e di una relativa rapidità che tiene il mezzo fra quella del tic e la lentezza dell'atetosi. Continui durante la veglia, si esagerano nelle emozioni, ed in qualche caso cessano nei movimenti volontarii. Non si accompagnano a rigidità degli arti che ne sono la sede, e perciò gli ammalati assumono spesso determinate posizioni, nelle quali trovano pelle loro membra dei punti d'appoggio capaci di limitare l'ampiezza dei movimenti.

Riguardo alla loro *ripartizione* è affatto eccezionale che i movimenti si manifestino subito generalizzati. Il più spesso cominciano in un arto, talvolta da una parte della faccia, poi si diffondono all'arto superiore, e quindi all'inferiore dello stesso lato, finalmente, a poco a poco, guadagnano il tronco, gli arti e la faccia dell'altro lato. Tal'altra i movimenti restano circoscritti ad una sola metà del corpo, ed allora abbiamo l'*emicorea;* questa circoscrizione perfetta è molto rara, ma è un fatto comune che, nei casi di corea generalizzata, i movimenti predominino da un lato, che più spesso è il sinistro. Capita anche che nel suo decorso, questa malattia si manifesti alternativamente, ed allora i movimenti convulsivi cessano da un lato per comparire più intensi dall'altro. La localizzazione dei movimenti può essere ancora più circoscritta e non affettare allora che un arto: il braccio, la gamba, l'avambraccio, la mano. Questi casi sono eccezionali.

Le *conseguenze* dei movimenti coreici sulle varie funzioni motrici meritano di essere studiate partitamente riferendole alle varie parti del corpo colpite dal processo morboso. Alla *faccia* si hanno smorfie curiose che le fanno assumere un aspetto speciale. I muscoli che ne sono colpiti pei primi e si contraggono più intensamente sono quelli che stanno attorno all'orificio boccale: la contrazione dei zigomatici accentua rapidamente i solchi naso-labiali. Le labbra si proiettano in avanti, rovesciando in fuori il loro margine libero come se l'ammalato *facesse le boccacce*, oppure si allontanano leggermente l'una dall'altra, lasciando passare la punta della lingua, che fa dei movimenti di va e vieni e rientra rapidamente in bocca. Talvolta le commessure labiali sono stirate in fuori, tal'altra in basso dando alla fisionomia un'espressione di tristezza alla quale non tarda a succedere quella del sorriso. Anche i muscoli frontali partecipano ai movimenti, e l'osservatore assiste ad un succedersi ininterrotto e rapido di atteggiamenti del viso i più mutevoli e più disparati. Nei casi, nei quali i movimenti della faccia sono meno manifesti, riesce generalmente possibile farli apparire, invitando l'ammalato a sporgere la *lingua*.

Questa si muove quasi costantemente entro la bocca proiettandosi di qua e di là, alzandosi, torcendosi, e quasi sempre si riesce a sentire il rumore di schioppettio prodotto da tali movimenti. Ne seguono *disturbi della deglutizione*, aggravati talvolta da movimenti involontarii del palato e della faringe. Se l'ammalato tenta di aprire la bocca, molto spesso non vi riesce che con grandi sforzi; se questa è per metà aperta, si richiude bruscamente oppure, restando aperta, cambia continuamente di forma. Identiche difficoltà prova l'ammalato a sporgere la lingua, la quale esce fuor della bocca per rientrare quasi immediatamente, oppure è in preda a continue oscillazioni, quando la sua fuoruscita dall'orifizio boccale non è impedita da una contemporanea chiusura delle mandibole. Si comprende che, come la deglutizione, anche *la loquela* venga per questi disturbi spesso modificata. Talvolta l'emissione delle parole

è inceppata da rumori espiratorii prodotti da convulsioni dei muscoli respiratorii, specialmente del diaframma. Tal'altra, ma questo fatto è raro, i muscoli della laringe sono anch'essi in preda a movimenti coreici, e la parola resta interrotta da colpi di tosse secca (1). La disartria determinata dai movimenti disordinati della lingua è caratterizzata dal timbro nasale e dalla difettosa articolazione delle sillabe, che tendono a confondersi. In altri casi, i soggetti pronunciano rapidamente alcune parole approfittando di un periodo di calma, poi si arrestano all'improvviso per qualche secondo, e quindi riprendono il discorso.

I muscoli del *globo oculare* — non quelli delle palpebre ed i sopraciliari — non parteciperebbero al processo che in via eccezionale. Lo stesso dicasi dei movimenti dell'*iride*, che vennero constatati da Hasse, Rosenthal e Ziemmsen. Cadet de Gassicourt ne ha descritto un caso dei più dimostrativi. Nel piccolo ammalato studiato da questo autore, " si osservava distintamente una dilatazione ed un restringimento alternantisi della pupilla, e tali movimenti erano affatto indipendenti dall'azione della luce „. Ne risultava questo curioso fenomeno, che, cioè, se gli si dava un libro da leggere, il ragazzo ad un dato momento si arrestava di botto, e diceva: " Non ci vedo più „ e poi riprendeva la lettura pochi istanti dopo. L'esame dell'occhio durante questa esperienza dimostrava che l'obnubilazione della vista era determinata da una contrazione della pupilla (2).

Negli *arti superiori* i movimenti coreici cominciano all'estremità dell'arto, alle dita che si allontanano e si avvicinano, si flettono e si estendono, al pollice i cui movimenti sono, in generale, più estesi. Vengono poi colpiti l'avambraccio ed il braccio che eseguiscono incessantemente dei movimenti di pronazione e di supinazione, di flessione e di estensione, d'abduzione e di adduzione; sono finalmente, e soprattutto, le spalle che partecipano a tale movimento sollevandosi o ambedue contemporaneamente o separatamente colla più grande irregolarità, associandosi oppur non a movimenti convulsivi della testa e del collo. L'*atto della preensione* riesce talvolta impossibile e l'ammalato diventa assolutamente incapace a prendere un oggetto anche grande. Quando i disturbi sono meno pronunciati, l'ammalato riesce ad afferrare l'oggetto che gli si indica, ma solo dopo parecchi tentativi e molti movimenti gesticolatorii. Nei casi più leggeri, si può provocare l'incoordinazione nel modo seguente, col mettere a profitto la nozione che le emozioni la esagerano: Si obbliga l'ammalato cioè a portare alle labbra un bicchiere pieno d'acqua che prenderà su di un tavolo. Si è appunto allora che, secondo l'espressione di Sydenham, i movimenti che l'ammalato eseguisce, sono molto simili a quelli di un giocoliere che cerca di provocare le risa della folla. La mano si distende e si avvicina al bicchiere, ma si chiude prima di averlo toccato o lo lascia appena toccatolo, di poi l'arto si lancia da un lato all'altro, spandendo via il liquido, e non raggiunge la bocca che per un caso, che può non verificarsi che dopo parecchi tentativi. Allora il coreico serra il bicchiere fra i denti e ne inghiotte rapidamente il contenuto. Da queste difficoltà ne segue che in molti casi l'ammalato è impossibilitato a mangiare da solo.

È pure dalla punta che gli *arti inferiori* vengono presi dal processo; tuttavia essi sono, in generale, meno agitati dei superiori. Il dito grosso si estende

---

(1) Furundarena Labat ha descritto un caso concernente un individuo, nel quale si sarebbe osservata una corea localizzata ai muscoli della laringe (Corea de la larynge; *El Siglo medico*, n° 1938, p. 104, 1891).

(2) Cadet de Gassicourt, Maladies de l'enfance, Parigi 1882, vol. II, p. 215.

e flette, il piede è gettato in fuori ed in dentro, si torce sul suo asse come nel piede valgo, le gambe si flettono, e, se l'ammalato è in piedi, si produce una specie di scalpitio. Se è seduto, le coscie si incrociano e ritornano parallele l'una all'altra, si avvicinano e si allontanano continuamente. La *stazione eretta* e la *deambulazione* possono riuscire affatto impossibili, ed allora l'ammalato è condannato al letto. È raro, però, che le contorsioni degli arti inferiori siano cotanto intense ed, il più spesso, le funzioni summenzionate sono soltanto in vario grado ostacolate. Nei casi di media intensità, l'andatura rassomiglia, come diceva Trousseau, ad un saltellamento continuo; gli ammalati, secondo l'espressione di Rufz (1), rassomigliano a quei burattini di cartone che si fanno muovere con una funicella.

Ad un grado poco pronunciato, il disturbo motorio è intermittente; solo con un esame attento si riesce ad accorgersi che l'ammalato solleva qualche volta una gamba più di quanto sia necessario, oppure che lancia il piede lateralmente come fa un ballerino sul palcoscenico, per poi riportarlo nella linea mediana prima ancora che abbia toccato terra. Di più, ed in generale, l'andatura è irregolare, facendosi talvolta a piccoli, tal'altra a grandi passi (2). Nei casi nei quali l'andatura è maggiormente interessata, il soggetto, dopo un certo tempo di arresto, di preparazione, prende in certo modo lo slancio, fa rapidamente parecchi passi durante i quali porta il suo piede troppo in alto, lo lancia a destra ed a sinistra, e, non appena lo ha posato a terra, compie coll'altro piede gli stessi movimenti disordinati, dipoi si ferma per ripartire nuovamente. Il disturbo motorio appare nel tempo stesso evidente al tronco che è in continua agitazione ed assume attitudini strane in opposizione ai movimenti correlativi comuni, mettendo ad ogni istante in pericolo l'equilibrio. Gli ammalati tentano talvolta di correggere questi movimenti, avvicinando i gomiti al tronco, ed allora le loro mani agitate in tutti i sensi completano il quadro formato dalla instabilità del corpo durante la deambulazione, che assume così dei caratteri veramente speciali.

I muscoli del *collo* non restano inattivi e determinano dei movimenti del capo, di torsione, di flessione e di rotazione. Lo stesso dicasi dei muscoli del *bacino* e del *tronco*, le cui contrazioni si rilevano non soltanto nella stazione eretta e nella deambulazione, come già vedemmo, ma anche nella posizione supina. Spesso sono predominanti al torace; ma possono affettare maggiormente la parte inferiore, nella quale talvolta assumono la forma dello spasmo cinico (Cadet de Gassicourt).

Anche il *diaframma* prende talvolta parte ai movimenti involontari donde irregolarità del respiro da una parte, e produzione di svariati rumori respiratorii dall'altra. Affatto eccezionali sono i disturbi motori degli *sfinteri* a meno di casi gravi, dello stato di male coreico, nel qual caso si osservò incontinenza delle feci e delle urine.

Fra le conseguenze dei movimenti involontarii dobbiamo prima ricordare l'*insonnia*. Abbiamo detto che in generale, per quanto disordinati siano i movimenti coreici, essi cessano completamente nel sonno. Però, nei casi gravi, i movimenti e forse anche lo stato nervoso concomitante, sono causa di perdita del sonno; l'insonnia è uno dei primi sintomi che indicano l'imminenza della forma acutissima mortale, che studieremo sotto il nome di stato di male *coreico*.

---

(1) Rufz, *Arch. générales de Médecine*, 1834, vol. IV.

(2) Paul Blocq, Disturbi dell'andatura nelle malattie nervose. Trad. ital. — Torino, Unione Tip.-Editrice.

Si è anche soprattutto nei casi, nei quali la violenza dei movimenti è grandissima, che gli ammalati, o pei fregamenti ripetuti si *producono delle escoriazioni*, o per urti si fanno contusioni gravi. Questi traumatismi che affettano di preferenza le prominenze ossee: calcagni, malleoli, trocanteri, gomiti possono costituire il punto di partenza di flemmoni e di infezioni secondarie con tutte le loro conseguenze, e spesso con esito mortale.

All'infuori dei movimenti involontarii, la motilità è poco alterata. La *forza dinamometrica* degli arti è però di rado normale; quasi sempre si può constatare un notevole grado di indebolimento, che talvolta arriva fino alla paralisi. Si ha in tal caso la forma di *corea molle* che studieremo più lungi.

Lo stesso dicasi dell'*eccitabilità meccanica* ed *elettrica* dei nervi e dei muscoli che, nella maggior parte dei casi, rimane normale. Però, secondo Rosenthal e Benedickt, si avrebbe talvolta un'esagerazione di essa tanto pei nervi motori, quanto pei sensibili (1). Riguardo all'*atrofia muscolare* essa non venne ancora osservata che nei casi di corea molle.

Per quanto concerne i *riflessi tendinei*, non si avrebbero modificazioni costanti. Joffroy (2), nella grande maggioranza dei casi di corea, avrebbe trovato i riflessi patellari molto diminuiti o completamente aboliti; in due casi però detti riflessi erano normali ed in due altri forse esagerati. Triboulet (3) esaminò gli stessi riflessi in 21 caso; il tipo più costante, secondo le sue ricerche, sarebbe il seguente: la percussione sul tendine rotuleo resta talvolta inefficace per una o due volte, od anche più, di poi la gamba è lanciata come da una molla. Secondo questo autore, si avrebbe un ritardo dei riflessi (difetto di sensibilità) ed esagerazione della reazione (irritazione midollare).

Sensibilità. — I disturbi della sensibilità subbiettiva sono abbastanza frequenti relativamente a quelli dell'obbiettiva, che sono incostanti. Quelli sono di due specie. Da una parte si hanno sensazioni moleste *peri-articolari*, accompagnate oppur no da tumefazione ed arrossamento, e che assumono l'aspetto di artropatie. Dall'altra, si hanno dolori nei *punti di uscita* dei nervi spinali, dolori, sui quali Triboulet padre e poi Huchard (4), richiamarono l'attenzione ed ai quali Triboulet figlio consacrò ricerche recenti che il lettore troverà nel lavoro che abbiamo citato. Siffatti dolori, che quest'ultimo autore propose di chiamare *neurodinie*, sarebbero costanti nella corea. Per provocarli basterebbe esercitare delle pressioni moderate col dito indice lungo il decorso dei nervi o sulle radici spinali. La pressione così praticata determinerebbe non soltanto dolore, ma anche un movimento di reazione degli arti con tendenza a diffondersi. Oltre i punti crurali, brachiali, intercostali, egli menziona anche dei punti viscerali in corrispondenza delle flessure del colon. I dolori interesserebbero i nervi periferici e sarebbero proporzionali in intensità all'attività dei movimenti coreici.

Venne anche notata un'ovaralgia, come nelle isteriche. Marie, che richiamò l'attenzione su questo sintoma, lo trovò 24 volte su 33 ammalate (10 volte a destra, 10 a sinistra, 4 volte da ambe le parti). Questo dolore si trova anche nell'uomo nella regione corrispondente; Séglas lo trovò nei $^2/_3$ dei casi.

Non si potrebbe affermare che i disturbi della sensibilità obbiettiva: ane-

---

(1) Rosenthal, Trattato clinico delle malattie del sistema nervoso, trad. francese, Parigi 1878, pag. 606.

(2) Joffroy, Nature et traitement de la chorée; *Progrès médical*, 30 maggio 1885, p. 338.

(3) Triboulet, loco citato, p. 24.

(4) Huchard, Traité des névroses d'Axenfeld, Parigi 1883, p. 719.

stesia, analgesia cutanea, generale o localizzata agli arti in preda ai movimenti involontarii, iperestesia, iperalgesia, fossero proprii della corea, data la concomitanza così frequente di quest'affezione coll'isterismo, del quale tali alterazioni fanno piuttosto parte. Per conto nostro non abbiamo mai trovato nella corea pura e senza che a quella si accompagnassero sintomi d'isterismo anestesia. La sensibilità specifica è anch'essa sempre ed in ogni caso normale.

Stato mentale. — I disturbi mentali sono, in via generale, costanti nella corea; ma si presentano sotto aspetti molto diversi e restano ancora a determinare in modo preciso i veri rapporti esistenti fra di essi e l'affezione che studiamo.

Il primo lavoro sintetico che tratta di essi è la Memoria, rimasta celebre, di Marcé (1), basata su 57 casi di corea. Questo autore trovò che i disturbi delle facoltà morali ed intellettuali sono frequentissimi, se non costanti, nei coreici, e distingue quattro elementi morbosi, talvolta isolati, spesso associati: disturbi della sensibilità morale, disordini intellettuali, allucinazioni, delirio maniaco. Dopo questo autore, molti altri segnalarono tali alterazioni dello stato mentale, che descrissero ed interpretarono in vario modo nei Trattati classici.

Accanto ai comuni disturbi, poco gravi e che non erano bene specificati, in generale si era d'accordo nel descrivere a parte le alterazioni rare, più accentuate, ad andamento variabile, che si raggruppavano sotto il nome di *follia coreica* (Ball (2), Mairet) (3). In una importante Memoria pubblicata nel 1888, Séglas (4) cercò dimostrare che da un lato i lievi disturbi mentali pretesi coreici non offrono caratteri speciali, e si domanda se si debbano proprio riferire alla corea o non piuttosto ritenere sotto la dipendenza del temperamento nervoso speciale dei coreici. D'altra parte, per quanto riguarda la follia coreica, propriamente detta, a suo avviso, non si potrebbe affermarne l'esistenza.

Questo concetto fu ampliato e completato dal Joffroy (5), le idee del quale sull'argomento si trovano svolte nelle tesi del suo allievo Breton (6). Secondo questo autore, la corea non determina che disordini motori ed i sintomi psichici, osservati nel suo decorso, non sono affatto sotto la sua dipendenza. E perciò non rivestono alcun carattere speciale, insorgendo solo a titolo di complicazione. La corea li suscita, ma non ne è la causa. La sola vera causa della loro esistenza è l'ereditarietà. *Non esisterebbe quindi, a propriamente parlare, uno stato mentale coreico.* Da una parte si hanno disturbi mentali che si manifestano in degenerati affetti da corea, dall'altra una manifestazione (follia coreica) della degenerazione psichica svelata dalla corea, la quale è pure essa funzione della degenerazione dell'apparato motore.

Benchè attraente pella sua semplicità, la teoria di Joffroy non ci sembra accettabile, almeno nella sua intierezza. Certo, è frequente l'osservare che la corea si associ con vesanie, oppure determini in individui predisposti lo scoppio di forme psicopatiche indipendenti (follia dei degenerati, follia isterica) che sembrano, infatti, corrispondere alla sindrome detta follia coreica, benchè non

---

(1) Marcé, De l'état mental dans la chorée. Memoria letta all'Accademia di medicina nella seduta del 12 aprile 1859.

(2) Ball, Folie choréique; *France médicale*, 1886.

(3) Mairet, Manie choréique; *Annales médico-psychol.*, 7° s., vol. IX, p. 353; vol. X, p. 27, 1889.

(4) Séglas, De l'état mental dans les chorées; *Bull. de la Soc. mentale de Belgique*, 1887.

(5) Joffroy, De la folie choréique: pathogénie et nature de la chorée; *Semaine médicale*, 25 febbraio 1893.

(6) Breton, Etat mental dans la chorée; Thèse de Paris, 1893.

siano affatto di natura coreica. Ma ciò non basta, e la stessa interpretazione data da Joffroy non ispiegherebbe, a nostro avviso, altri disordini. I leggeri disturbi psichici sopradescritti fra i prodromi della corea ci sembrano proprio dipendenti da essa, e perchè il loro insieme si manifesta costantemente solo in quest' affezione, e perchè il loro meccanesimo ci pare in rapporto più o meno stretto coi fenomeni motori, come sembra risultare dalle vedute di Ribot (1) e dalle ricerche di Sollier (2).

Finalmente, il delirio particolare dei coreici, nello stato di male coreico, delirio che Möbius (3) ritiene simile a quello delle intossicazioni, meriterebbe pure di essere differenziato.

Per quanto abbiamo detto ci crediamo autorizzati a distinguere, fra i disturbi dello stato mentale osservati nella corea, disordini dovuti a varie cause: 1° manifestazioni di natura veramente *coreica;* 2° manifestazioni *non coreiche*, fra le quali: *a*) delirii dello stato di male (forse di origine tossica); *b*) delirii provocati ed associati (dipendenti dalla degenerazione nervosa). Di più, questa divisione non è puramente teorica, giacchè queste modalità differiscono abbastanza clinicamente le une dalle altre tanto da meritare una descrizione a parte.

1° I disturbi mentali leggeri, che spesso figurano fra le prime manifestazioni della corea, sono altrettanto frequenti quanto gli altri sono rari, e si trovano descritti in tutti i Trattati classici. Sono questi appunto che a noi sembrano strettamente legati alla nevrosi, e non attaccati ad essa pel terreno comune della degenerazione che, a dire il vero, nella maggior parte dei casi, manca. Essi consistono in modificazioni della sensibilità morale e del carattere — emotività, irritabilità, indocilità, tristezza, mobilità — che i genitori caratterizzano quasi sempre dicendo che i loro bambini, docili pel passato, sono diventati insopportabili. Vi si aggiungono pure disturbi dell' intelligenza consistenti, da una parte, in indebolimento di essa, ottusità, dall'altra nella perdita della memoria e nella difficoltà di stare attenti. I disturbi della Memoria sarebbero, secondo Sollier, dovuti a difetto d'attenzione. Benchè questi disordini assumano di rado una grande intensità, ciò nonpertanto, spesso, sono tali da imprimere alla faccia dell'ammalato un'espressione particolare sciocca, ebete, simile a quella dell'idiota.

2° Le allucinazioni, sulle quali Marcé ha specialmente richiamato l'attenzione, costituiscono in qualche modo dei fenomeni di passaggio fra la forma precedente e quella della quale dobbiamo ora trattare. Di rado affettano altri sensi oltre la vista; il gusto e l'odorato ne sono immuni, l'udito e la sensibilità tattile sono colpiti solo in via eccezionale. Anche le allucinazioni visive sono rare prima dei 15 anni. Si manifestano generalmente alla sera prima di dormire e durano fino a mezzo della notte. Non appena l'ammalato chiude gli occhi, vede degli esseri spaventosi, fantasmi, figure fantastiche, animali, leoni, cani, scimmie, od oggetti anch'essi spaventevoli, bare da morto, croci, ecc. Talvolta le allucinazioni sono in relazione coll'avvenimento che ha fatto scoppiare la corea, quando si è trattato di spavento.

a) Spesso, nei casi gravi, le allucinazioni, dapprima rare, diventano frequenti, si prolungano ed in tal caso non rappresentano che il *primo stadio del*

---

(1) Ribot, Les Maladies de l'attention, Parigi 1888.

(2) Sollier, Les troubles de la mémoire, Parigi 1892.

(3) Per quanto riguarda la demenza, ritorneremo su di essa a proposito delle coree croniche delle quali fa quasi parte integrante.

delirio allucinatorio acuto o dello stato maniaco che caratterizzerà poi lo stato di male coreico ad esito mortale. Allora si accompagnano a disturbi gravi dell'intelligenza, a confusione ed incoerenza delle idee, e si ha subito il quadro della forma grave del delirio acuto che, pei suoi caratteri, secondo Möbius, si accosta ai delirii delle intossicazioni. Nel delirio incoerente, gli ammalati pronunciano parole senza senso, emettono grida rauche, sono in preda ad una violentissima agitazione e, spesso, non tardano a soccombere nel coma.

b) I delirii descritti col nome di *follia coreica* assumono forme diverse, e ciò è facile comprendersi, giacchè, in fondo, si tratta di pazzia degenerativa. Essi sono relativamente rari. Si descrissero l'eccitazione maniaca, la melanconia con ansietà, il delirio di persecuzione. Secondo Joffroy, non pare esista relazione tra la gravità della corea e lo sviluppo di tali disturbi psichici, che, quando si manifestano nel decorso della corea, non presentano caratteri che li differenziano da quelli che si manifestano in altri casi, se non per quanto concerne la loro evoluzione. A questo riguardo essi possono manifestarsi durante il decorso della nevrosi e scomparire con essa.

Disturbi cardiaci. — La frequenza delle lesioni cardiache compagne alla corea è un fatto bene accertato da lungo tempo, ed abbiamo veduto come Roger vi aveva trovato una conferma della teoria reumatica, giacchè, secondo lui, queste alterazioni rappresentavano la localizzazione cardiaca del reumatismo. Dopo questo autore, la soluzione del problema riguardante i rapporti fra l'endocardite e la corea, venne ricercata specialmente nei dati statistici. Roger aveva trovato cardiopatie nei $^{2}/_{3}$ dei casi; Hugues e Brown su 209 coreici contano 194 cardiaci. Herringham dà una proporzione del 40 per 100. Mackenzie riscontrò 142 volte lesioni organiche del cuore su 439 casi di corea. D'altra parte, Leroux non trovò lesioni mitrali che 5 volte su 80 ammalati, Comby 2 su 80. Le statistiche quindi variano molto, come si vede, nelle loro proporzioni.

Ma si suscitò un'altra questione. Tutti i disturbi cardiaci osservati nella corea sono essi, come si credeva in principio, sotto la dipendenza del reumatismo, e rappresentano proprio, organicamente, l'endocardite reumatica? Non è dimostrato che ciò sia vero. Un numero abbastanza grande di casi dovrebbero, pei caratteri dei soffi che si ascoltano (Comby, Leroux), essere riferiti all'anemia. In altri casi, si tratterebbe non di endocardite reumatica, ma di endocardite infettiva, sia da infezione determinata (morbillo, scarlattina) ed anteriore di data alle manifestazioni coreiche, sia da infezione mal determinata (stafilococco). Di queste ultime, però, non se ne conoscono che pochi casi di osservazione recente.

Finalmente, potrebbe darsi che anche il muscolo cardiaco partecipasse al disordine motorio coreico che affetta i muscoli volontarii, fatto questo dimostrato da Hasse e la cui spiegazione venne data da François Franck. Bisogna, quindi, distinguere parecchie categorie nei disturbi cardiaci accompagnanti la corea (1): 1° la corea del cuore, localizzazione coreica motrice sul muscolo cardiaco; 2° lesioni organiche accompagnanti la corea o da essa determinate; *a*) di natura reumatica, *b*) di natura infettiva; 3° disturbi cardiaci dovuti ad anemia.

1° *La corea del cuore* caratterizzata da una incoordinazione delle contrazioni ritmiche di quest'organo sembra della stessa natura di quella dei muscoli degli arti; era già stata notata da Roger e la sua esistenza venne confermata da Simon. Secondo quest'autore, il cuore può partecipare all'agitazione di tutti

(1) Moity, Du cœur dans la chorée de Sydenham; Thèse de Paris, 1892.

i muscoli ed allora abbiamo la corea cardiaca. Un'aritmia che non pareva imputabile a nessun'altra causa venne pure descritta da Hasse ed Ollivier (1).

I sintomi caratteristici di questo disturbo sono difficili a rilevarsi. Di fatti, abbiamo non solo un'aritmia costante ed imponente, ma anche rumori di soffio variabili per localizzazione e durata, i quali perciò si ascoltano il più sovente alla punta, ma anche alla base. La corea del cuore si diagnosticherà specialmente pella persistenza dell'aritmia, per l'improvviso manifestarsi di soffii, pel suo decorso capriccioso, e, finalmente, pella scomparsa generalmente rapida degli accidenti. Si ritenne che l'aritmia fosse dovuta allo spasmo isolato di qualche fibra cardiaca; ma a questo proposito F. Franck fece notare che avendo il muscolo cardiaco tutte le fibre sinergiche, non poteva avvenire una tale dissociazione nella loro contrazione. Perciò quest'autore è indotto a spiegare il disturbo di cui trattiamo con un'influenza del pneumogastrico. Per un supposto eccitamento diretto, questo nervo determinerebbe un rilasciamento del miocardio per diminuzione od abolizione del tono dei muscoli papillari, donde dilatazione del cuore (soffio) ed aritmia, perchè il cuore, secondo i momenti, risponde troppo o troppo poco, troppo lentamente o troppo presto, all'eccitazione. Vedremo che, come dimostrò Ollivier, certi casi di morte improvvisa nella corea possono essere attribuiti alla localizzazione cardiaca.

2° *a*) Si è l'endocardite *reumatica* che rappresenta il maggior numero dei casi di lesioni cardiache trovate nella corea. Il *maximum* di frequenza di tali lesioni si osserverebbe verso i 7 e gli 8 anni, e, fra le conseguenze dell'endocardite, il più sovente si tratta di insufficienza mitrale. In tutti i casi è molto difficile stabilire se le lesioni si sono sviluppate prima o durante l'attacco di corea. Tale questione avrebbe tuttavia una grande importanza pronostica giacchè, secondo Simon, se la cardiopatia ha preceduto la corea, essa resta immutata, mentre, se si è sviluppata durante il decorso di questa, migliora e guarisce per quanto è possibile.

Quasi sempre la cardiopatia si svolge a questo modo: Poco dopo l'inizio della corea, l'ammalato accusa dolori ad una o più articolazioni, ed all'ascoltazione del cuore si sente un soffio sistolico. In seguito possono poi rilevarsi i sintomi delle varie alterazioni degli orifizi. Quando non vi sono segni funzionali o generali dell'endocardite, ci si fonderà per ammettere l'esistenza di una lesione sui caratteri del soffio, sulla costanza colla quale lo si ascolta, sulla sua localizzazione, sulla sua propagazione. Ne viene quasi sempre colpita la valvola mitrale, rarissimamente l'orifizio aortico.

b) Uno dei casi più dimostrativi dell'imminenza di un'endocardite di origine *infettiva* non reumatica nel decorso della corea è quello descritto da Leredde (2). Esso concerne un bambino di 4 anni e mezzo senza antecedenti di *reumatismo*, che verso il 15° giorno del decorso di una corea tipica, fu incolto da febbre; all'ascoltazione del cuore, si rilevarono i sintomi di un'endocardite (mitrale ed aortica), e, contemporaneamente, altri fenomeni di infezione (ingrossamento del fegato e della milza, albuminuria). L'esame batteriologico del sangue praticato durante la vita rivelò la presenza dello stafilococco albo.

In un altro caso descritto da Triboulet l'esame batteriologico del pericardio di un soggetto coreico rivelò la presenza dello stafilococco, benchè il bambino fosse stato affetto da reumatismo.

Sembra, adunque, dopo ciò che nella corea si abbia una forma particolare

---

(1) Ollivier, Leçons cliniques. Hôp. des enfants, Parigi 1889.

(2) Leredde, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1° maggio 1891.

di cardiopatia di origine infettiva; le osservazioni ulteriori non tarderanno senza dubbio ad illuminarci su quest'argomento (1).

3° Data la grande frequenza della *clorosi* nei coreici, si comprende facilmente come in essi si possa ascoltare al cuore un soffio anemico. Converrà soltanto riconoscerne la natura, dstinguendolo dagli altri rumori patologici che abbiamo precedentemente enumerato, perchè questa diagnosi differenziale è di un interesse pronostico grandissimo. La difficoltà maggiore sarà data dal fatto che il soggetto che presenta questo soffio anemico può essere stato per l'addietro affetto da reumatismo. Comunque sia, l'esistenza di un tale soffio, che si constata all'entrata dell'ammalato all'ospedale e scompare quando esce, viene spesso descritta. I soffii anemici, quando coesistono, non sono affatto influenzati dalla corea: essi sono sistolici, dolci, il più spesso localizzati alla base ed accompagnati da rumori musicali dei vasi del collo. Sono importanti soltanto per ciò che possono, in certi casi, simulare una lesione organica del cuore.

I *varii apparati organici* sono poco o niente colpiti dalla corea volgare non complicata. Trousseau insiste sulla costanza della costipazione nei coreici e parla di disturbi delle funzioni digerenti costituiti da diminuzione dell'appetito e da difficoltà della digestione fino all'imbarazzo gastrico. Anche le secrezioni, compresa l'urinaria, rimangono normali.

Lo *stato generale*, però, di rado non se ne risente: il più spesso si ha un'anemia che si volle speciale, ed abbiamo veduto come, pella sua costanza, le si era attribuita la genesi dell'affezione. Tuttavia essa ha i caratteri comuni della clorosi.

La *febbre* può manifestarsi nel decorso della corea in varie circostanze. Prima di tutto, fa parte del quadro dello *stato di male coreico*, di più può essere dovuta ad una *complicazione*, — febbre eruttiva, localizzazione cardiaca, — finalmente, secondo Giulio Simon, potrebbe osservarsi quasi sempre all'*infuori di queste cause originali* e di ogni altra localizzazione viscerale. Ci affrettiamo però a dire che di tutti i casi, nei quali la febbre si manifestò nel decorso di coree leggere in siffatte condizioni, casi che si invocarono in appoggio alla teoria infettiva di quest'affezione, e che sono ancora molto rari, nessuno ci sembra incontestabile.

È interessante sapere se nella corea si verifica l'antico adagio: *febris accedens spasmos solvit*, se cioè la complicazione di malattie febbrili intercorrenti fa scomparire le convulsioni. Le osservazioni al riguardo sono delle più contradditorie e tali contraddizioni furono già notate da G. Sée. Questo autore osservò che vi hanno casi di corea i cui sintomi cessano nel tempo in cui dura un esantema, per riprendere in seguito il loro decorso, esempi che dimostrano quanto buon fondamento abbia la formula ippocratica; vi hanno tuttavia altri casi, nei quali detta formula non è affatto confermata. Lo studio di 70 casi gli ha dimostrato che se la febbre incoglie il coreico nel periodo di *decrescenza* della malattia, i movimenti non tardano a scomparire, mentre la corea segue il decorso (aumento, stato, decrescenza) della febbre quando

(1) Secondo Sturges (The Kindred of Chorea; *The American Journal of the medical Sciences*, n. 286, p. 578, XII, 1891), l'endocardite è la lesione che meglio dimostra il rapporto fra la corea ed il reumatismo, perchè la si trova quasi sempre all'autopsia di coreici ed, a suo avviso, l'*endocardite coreica* può clinicamente ed anatomicamente essere differenziata dall'endocardite reumatica. Questo reperto dimostra che le due affezioni sono in nesso patologico, ma non che una sia l'espressione dell'altra. Ambedue sono membri di una stessa famiglia, l'artritismo, e la loro parentela si spiega con questo stipite comune dal quale discendono.

questa sopravvenga nel periodo *iniziale* degli spasmi. J. Simon giunse a conclusioni perfettamente simili, e, secondo lui, la febbre esagererebbe o diminuirebbe i movimenti coreici a seconda che incoglie il paziente nel periodo di stato o di decrescimento. Anche Triboulet trovò fatti contraddittori. Ci parve che un'osservazione affatto recente di Lannois (1) permettesse d'interpretare fino ad un certo punto tali contraddizioni. Questo autore, avendo osservato in un *epilettico* una temporanea scomparsa degli attacchi convulsivi, durante il decorso di una risipola, ed un aumento considerevole di essi durante una febbre tifoide, crede che non sia l'elevazione della temperatura quella che agisce sugli spasmi, ma piuttosto le tossine microbiche. Potrebbe darsi che lo stesso succeda pella corea.

Forme. — La corea del Sydenham presenta due varietà differenziabili per l'intensità e gravità dell'affezione: la *corea volgare* di media intensità e la *corea grave*, acuta, che determina la sindrome descritta da Charcot sotto il nome di *stato di male* coreico paragonabile a quello che si osserva nell'epilessia. Fra queste due forme estreme possono osservarsi tutte le possibili varietà intermedie. Dal punto di vista della frequenza relativa delle due forme, la corea grave è di gran lunga più rara. Nel nostro studio ci riferimmo specialmente alla corea ordinaria.

Nella forma *grave* si osserva, fin dall'inizio, un'agitazione estrema che obbliga l'ammalato a letto, nel quale, talvolta, non si può contenerlo che con grandi difficoltà. Il sonno è agitato, breve, e spesso vi ha insonnia assoluta. Contemporaneamente all'agitazione continua degli arti si notano urti, colpi che costituiscono il punto di partenza di flemmoni, escoriazioni che sono poi l'origine di processi suppurativi e di risipola. Però, ordinariamente, non è a questi accidenti, capaci per sè stessi di determinare la morte del paziente, che devesi l'*esito fatale* della malattia. Si accende la febbre, sopravviene un delirio maniaco, i movimenti coreici subiscono allora una remissione e segue la morte in coma. Questa sindrome si avvicina clinicamente a quanto succede in certi casi di attacchi epilettici subentranti, donde il nome di *stato* di male coreico proposto da Charcot per designarla.

Complicazioni. — Abbiamo già avuto occasione di ricordare le varie complicazioni della corea od almeno di considerare come tali alcuni dei suoi sintomi: certe forme di stato mentale e di cardiopatie, attribuite alla corea stessa.

Abbiamo anche detto che i *traumi*, cui è esposto il coreico, possono determinare contusioni, ferite, flemmoni con tutte le loro funeste conseguenze.

L'*adinamia*, conseguenza dell'esaurimento nervoso, predispone l'ammalato alle infezioni secondarie contro le quali riesce difficile lottare anche con una rigorosa antisepsi.

Per queste ragioni è spesso quasi impossibile decidere, se in caso di *artropatie* si ha da fare colle artropatie nervose di Joffroy, col vero reumatismo articolare, od infine collo pseudo-reumatismo infettivo.

Tuttavia l'insorgenza del *reumatismo poliarticolare acuto genuino*, con localizzazioni endo- e pericardiche, è un fatto accertato e relativamente frequente durante il corso della corea.

Si conoscono però dei casi, nei quali si manifestarono tutti i sintomi di un'*endocardite infettiva* senza relazione di sorta con questo reumatismo.

---

(1) Lannois, Épilepsie et fièvre typhoïde; *Revue de Médecine*, 10 giugno 1893, n. 6, p. 492.

Fra le *febbri eruttive*, che complicano il più spesso la corea, possiamo citare: la scarlatina, il morbillo, il vaioloide, la pneumonite.

Si aggiunga che la corea in molti casi si accompagna all'*isterismo*, talvolta all'*epilessia*, e, secondo Joffroy, quasi sempre a stimmate di degenerazione nervosa ereditaria.

Decorso. Durata. Esiti. Recidive. — Il *decorso* della corea del Sydenham è irregolare e relativamente capriccioso. Manifestatisi bruscamente in seguito ad un'emozione, oppure a poco a poco, i movimenti incoordinati, giunti al periodo di stato, non mantengono la stessa frequenza e la stessa intensità per tutta la durata dell'affezione; ma, per contro, si hanno quasi sempre delle alternative di miglioramento e di aggravamento. Il ritorno alla salute, quando ha luogo, e questo è il caso più comune, si fa a poco a poco. I movimenti cominciano a scomparire negli arti inferiori, poi nei superiori, un po' più tardi alla faccia, ove, in ultimo, non sono più spontanei e non si manifestano che dietro sforzi.

La *durata* media dell'affezione nelle forme ordinarie non complicate varia da 6 settimane e 4 mesi. La durata di 1, 2 mesi sarebbe la più frequente (Barthez e Sanné). L'*esito* ordinario è la completa guarigione. Talvolta residuano una certa suscettibilità nervosa ed un leggero grado di apatia intellettuale, che però non tardano a scomparire. In certi casi, ancora eccezionali, la corea del Sydenham passerebbe allo stato *cronico*, diventando incurabile.

Finalmente, talvolta la *morte* può costituire l'esito della corea. Riguardo alla frequenza di questo esito, dalle statistiche raccolte da Guillemet (1) pare che la morte avvenga nel 25 per 100 dei casi; rara nella corea infantile, la si osserva quasi esclusivamente nei soggetti che hanno passato l'età pubere.

Per quanto concerne le cause della morte, la corea non può essere tratta in campo che in un piccolissimo numero di casi: molto più spesso la si deve attribuire alle complicazioni e, specialmente, alle complicazioni cardiache.

Si descrissero dei casi di *morte improvvisa* sopravvenuta mentre nulla poteva farla sospettare. Si trattava di corea di media gravità e senza complicazioni: all'autopsia si aveva un reperto affatto negativo. Sono casi eccezionali che però è bene conoscere. Quando la morte è imputabile *alla corea per sè stessa*, questa decorre molto acutamente. I movimenti coreici sono generalizzati, molto intensi, e si vede sopravvenire la sindrome dello stato di male: agitazione, insonnia, delirio, miosi, trisma, oppressione, elevazione della temperatura, che può arrivare fino a 42°. In questi casi si trasse in campo l'esaurimento nervoso.

Ma, come dicemmo, l'esito fatale è determinato quasi sempre dalle *complicazioni* cardiache, che possono intervenire sia nei casi di corea grave, sia in quelli di media intensità. Queste complicazioni, la maggior parte delle volte, sono di natura reumatica, talora dipendono da un'infezione sanguigna indeterminata, e generalmente si tratta di endocardite vegetante. Si osservarono anche asistolia, pericardite e miocardite.

Fra le complicazioni più rare capaci di determinare la morte, ricorderemo ancora l'*emorragia cerebrale*, le *malattie infettive* intercorrenti e soprattutto le infezioni secondarie, — risipola, setticemia, — che hanno per punto di partenza le ferite determinate dai movimenti coreici.

Nella corea le *recidive* sono estremamente frequenti, e si è perchè non

---

(1) Guillemet, De la mort dans la chorée de Sydenham; Thèse de Paris, 1893.

sono riconosciute che si descrissero casi di una durata straordinaria, — 8, 10 mesi, — che non si potrebbero far entrare fra le coree croniche.

Da lungo tempo gli autori insistono sul numero delle *recidive* che costituiscono un carattere importante della corea. Esse possono manifestarsi una o più volte (da 1 a 7), e ciò quasi in $^1/_3$ dei casi. L'intervallo che le separa l'una dall'altra varia da qualche giorno a 2, 3, 10 anni. Spesso si riproducono ogni anno. Secondo Sée avrebbero la particolarità di seguire una legge decrescente continua e costante: " Il primo attacco dura, in media, 139 giorni, od il doppio di quanto durano le coree che non debbono recidivare; il secondo attacco dura ordinariamente 80 giorni; mentre il terzo è generalmente soltanto di 55 ". Questa legge non è assoluta, e conviene tenere presente che delle recidive di corea furono origine di coree gravi della gravidanza, ed anche di coree croniche.

La corea del Sydenham si *associa* molto spesso a varie neuropatie. Molto di sovente le coreiche sono anche isteriche (1), e questo fatto è così frequente che si potè domandare se la corea non fosse una manifestazione dell'isterismo (Marie, Lannois). La corea venne pure osservata abbastanza spesso negli epilettici e, qualche volta, anche nel decorso del morbo di Basedow. Finalmente si accompagna di ordinario a stimmate di degenerazione ereditaria, psichiche o fisiche.

Prognosi. — La prognosi della corea di Sydenham nella grande maggioranza dei casi è benigna, e possiamo dire che, almeno nei bambini al disotto dei 10 anni, la guarigione è la regola. A misura che si passa oltre l'età pubere, diventa più riservata, perchè la gravità della corea aumenta. Difatti, vedemmo che più ci si avvicina all'età adulta, maggiore è il numero delle coree acute, più temibile è lo stato di male e la tendenza alla cronicità.

L'intensità dell'agitazione, la generalizzazione dei movimenti in ciò che concerne la malattia, la gravità della labe nervosa ereditaria e delle stimmate somatiche degenerative, per l'ammalato, sono indizii di malignità che si dovranno sempre tener presenti per la prognosi.

Finalmente, la prognosi potrà essere notevolmente modificata dalla possibile insorgenza di complicazioni cardiache e sappiamo che ad esse specialmente sono imputabili i casi di esito fatale.

Diagnosi. — All'infuori della *corea aritmica isterica*, talvolta della *malattia dei tics*, poche sono le affezioni che possono venire confuse colla corea di Sydenham.

I *tremori* tossici, isterici, delle sclerosi disseminate sono caratteristici pella regolarità e pel ritmo, pella poca estensione infine delle loro oscillazioni che non assomigliano affatto ai movimenti irregolari, aritmici, ampii della corea.

L'*atassia statica* che si osserva nella malattia di Friedreich si differenzia pelle scosse che sono irregolari, è ben vero, ma che pure non si manifestano che quando le parti ammalate mancano di punto d'appoggio. Ad ogni modo, i diversi sintomi dell'atassia ereditaria, il nistagmo, l'imbarazzo della parola, la mancanza dei riflessi rotulei ed il suo decorso, ci toglieranno ben presto d'imbarazzo.

Nella *varietà coreiforme* dell'astasia-abasia, un esame anche superficiale

(1) La corea di Sydenham e l'isteria possono decorrere l'una accanto all'altra; d'altra parte l'isteria può simulare i movimenti della corea (aritmica isterica).

basterà per mettere in chiaro che i disturbi motori dalle parvenze coreiche si manifestano soltanto durante gli atti relativi alla stazione eretta ed alla deambulazione, mentre scompaiono completamente nel riposo.

Riguardo all'*atetosi doppia*, oltre all'essere questa generalmente congenita, il suo decorso cronico non permetterà guari l'errore che a proposito della corea cronica, sulla quale ritorneremo.

Più difficile riuscirà spesso la differenziazione della corea dalla *malattia dei tics;* in questo ultimo caso, il fatto più importante a tenersi presente, e che permetterà la diagnosi, è costituito dalla bruschezza e rapidità dei movimenti, dal loro ripetersi e specialmente dalla loro apparente coordinazione. È noto che questi movimenti convulsivi rappresentano, più o meno esagerati, un certo numero di atti per la maggior parte riflessi. Arrogi che essi si manifestano, il più spesso, ad accessi e che la volontà può per un momento arrestarli, permettendo così degli atti diretti ad uno scopo voluto. Questo fatto non si verifica nella corea, i cui movimenti meno rapidi non vi assomigliano affatto, sono del tutto incoordinati, continui ed assai poco influenzati dalla volontà per adempiere alle funzioni degli arti.

Riguardo allo stato mentale, i suoi disordini che rispecchiano le *sindromi episodiche dei degenerati* non potrebbero aver grande valore perchè possono manifestarsi in qualunque delle due affezioni per quanto sieno molto più frequenti nella malattia dei tics. La questione non poteva, in certi casi, essere risolta che dall'esame del decorso dell'affezione.

La *mioclonia*, le false coree e specialmente il paramioclono, i cui movimenti hanno della rapidità di quelli dei tics e dell'incoordinazione della corea, si differenzieranno per l'istantaneità e la poca intensità delle loro scosse che, non affettando che pochi muscoli, determinano soltanto dei leggeri movimenti, pella loro ripartizione che di raro interessa i muscoli della faccia e del collo, per l'influenza dei movimenti volontari che li arrestano, pella possibilità che i loro movimenti convulsivi hanno di essere provocati dai vari eccitamenti.

Fra le *coree sintomatiche*, la *emicorea* post-emiplegica potrebbe solo ad un esame superficiale venire confusa colla corea vera del Sydenham, anche quando questa affetta la forma emiplegica. Essa succede, infatti, ad un'emiplegia generalmente infantile, che si accompagna spesso con atrofia muscolare e disturbi mentali, talvolta anche con accessi epilettiformi e sempre con esagerazione dei riflessi tendinei.

Lo stesso non può dirsi delle coree sintomatiche dell'isterismo, specialmente della *corea aritmica isterica*, non però della *corea ritmica* che si presenta ad accessi di movimenti convulsivi simili l'uno all'altro e relativamente coordinati. Invece la corea aritmica isterica, affezione nota da poco tempo, comprende tutti i casi, nei quali l'isterismo assume le parvenze della corea e la simula affatto e solo per questa definizione si comprendono le difficoltà che si presentano per differenziare la corea vera dalla corea isterica. Però, in quest'ultimo caso, l'inizio è spesso improvviso e segue ad un attacco isterico, i movimenti coreici sono talvolta provocati, tal'altra arrestati dalla pressione di dati punti; la corea isterica inoltre raggiunge all'improvviso il suo *maximum* d'intensità, e non si complica mai con artropatie o con cardiopatie, come la corea del Sydenham. Finalmente è raro che si presenti pura, non accompagnata, cioè, da altri sintomi di isterismo: attacchi convulsivi o stimmate permanenti.

Cura. — Non conosciamo dei medicamenti *specifici* della corea e perciò, come in tutte le circostanze analoghe, vennero, con fortuna diversa, impiegati

un grande numero di presidii terapeutici. La loro numerazione varia e contraddittoria costituirebbe soltanto un imbarazzo pel pratico.

Vi ha un certo numero di procedimenti d'ordine piuttosto *igienico*, applicabili in tutti i casi, che riporteremo subito, giacchè basteranno *da soli* nei casi di corea *infantile leggera*, che non richiedono che il tempo per guarire.

In una seconda categoria di casi, *coree di media intensità*, inquietanti pella loro durata, se non pella loro gravità, si potranno usare insieme medicamenti che sembrano aver dato risultati generalmente abbastanza buoni, e noi ne discuteremo il valore comparativo.

Le coree *gravi acute* richiedono delle misure relativamente speciali che dovremo esporre.

Il *riposo* s'impone in tutti i casi quando abbiamo a che fare con bambini coreici: si ritireranno dalla scuola e si dispenseranno da qualsiasi lavoro intellettuale. Si prescriveranno loro la *vita all'aria libera*, la campagna, con un esercizio conveniente; l'*alimentazione* sarà piuttosto leggera, composta di sostanze facilmente digeribili, fra le quali predomineranno il latte, le uova, la carne arrostita, i legumi verdi, i *grassi*. Si obbligheranno i bambini, per quanto è possibile, ad una *vita calma*, isolata, regolare. Si proibiranno gli *esercizi* corporei: le lunghe corse, l'equitazione, la bicicletta.

La *cura idroterapica* sortirà buon effetto in tutti questi casi, e, nelle forme leggerissime, è anche la sola da prescriversi. La doccia fredda però non è raccomandabile che a ragazzi di età superiore ai 7 anni. In tal caso la si applicherà sotto forma di pioggia diretta su tutto il corpo e della durata non maggiore di $^1/_4$ di minuto. Ai bambini più teneri si praticheranno o spugnature (*sponge-bath*) con acqua salata o l'impacco. Si copre il corpo del piccolo paziente con un lenzuolo bagnato nell'acqua fresca, e poco ritorto in modo che resti grondante ancora di acqua. Si frega col lenzuolo la pelle finchè il bambino comincia a riscaldarsi e poi lo si asciuga con un panno asciutto. Finalmente, talvolta basterà fare tre bagni interi tiepidi per settimana.

Contemporaneamente alla cura idroterapica sarà utile raccomandare la *ginnastica*, — esercizi di forza e non di agilità, — metodica, ma questo soltanto dopo il periodo di stato. Se il bambino è anemico, si prescriveranno anche *preparati ferruginosi:* protossalato di ferro in pillole di 5 centigrammi ciascuna.

Quando la corea è generalizzata, l'agitazione è viva, e la malattia non tende a migliorare abbastanza rapidamente, oltre ai procedimenti summenzionati, fu proposta la somministrazione metodica di varî *medicamenti*, fra i quali il salicilato di sodio, l'arsenico e l'antipirina rendono veri servizî; mentre il tartaro stibiato, la stricnina, il sulfonal, l'esalgina sono al presente quasi abbandonati. Perciò sorvoleremo rapidamente su queste ultime sostanze.

La somministrazione del *tartaro stibiato* ad alte dosi venne usata specialmente da Gillette (1857) e, di poi, da Roger (1864). La cura si divide in parecchi periodi ciascuno di 3 giorni, e separati l'uno dall'altro da un intervallo di 3 a 5 giorni. Il primo giorno si somministrano da 20 a 25 centigrammi di medicamento, il secondo giorno, la dose doppia, il terzo giorno, tripla. Questa cura violenta non ha più che un interesse storico.

La cura colla *stricnina* venne proposta nel 1841 da Trosseau che somministrava del sciroppo di solfato di stricnina (5 centigrammi di solfato per cento). La dose era di 3 cucchiaini da caffè al giorno, aumentandone il numero fino a 100, 120 grammi di sciroppo. In questi casi si osservano quasi sempre fenomeni di avvelenamento da stricnina (scosse muscolari, rigidità della mandibola

e degli arti). I pericoli inerenti a questa sostanza non sembrano compensati dai vantaggi che da essa possono aversi.

Il *sulfonal*, alla dose giornaliera da 34 a 90 centigrammi, avrebbe dato buoni risultati nelle mani di Jeffries (1); si tenga però presente che questa sostanza non può essere somministrata a lungo senza pericoli.

Loewenthal (2) curò 15 coreici coll'*esalgina*. La somministrava alla dose di 20 centigrammi, tre volte al giorno e, in qualche caso, cinque volte sciolta in acqua calda edulcorata. I risultati furono buoni, ma non superiori a quelli avuti coll'uso di altri medicamenti; di più si ebbero ad osservare talora leggero ittero e cianosi delle labbra.

L'uso del *salicilato di sodio* nel reumatismo articolare suggerì a Dresch (3) l'idea di adoperarlo anche nella corea, e questo autore dice di averne avuto risultati migliori che coi trattamenti classici. Però altri osservatori non confermarono questo modo di vedere.

La cura *arsenicale*, in uso pel passato e poi abbandonata, venne di nuovo posta in onore da Séguin (4). Egli crede che gli insuccessi fossero dovuti alla troppa esiguità delle dosi, che ordinariamente si prescrivevano. A suo avviso, bisogna somministrare fino a 18-27 gocce di liquore di Fowler 3 volte al giorno. Si comincia da una goccia, e si cresce di una goccia al giorno fino a 10-12 goccie. Se, giunti a tal dose, intervengono disturbi gastro-intestinali, se ne sospende l'uso per 2 o 3 giorni. Si ricomincia quindi colla dose raggiunta al momento della comparsa di detti sintomi e si aumenta di una goccia al giorno fino a 18-20, dose veramente attiva. L'autore non ebbe mai ad osservare, in queste condizioni, degli inconvenienti, e trovò che tale cura abbrevia notevolmente la durata della malattia, specialmente quando ha un decorso subcronico o totalmente cronico. L'arsenico sarà sospeso immediatamente, non appena sono scomparsi i movimenti coreici. [Fin dal 1880 io uso l'arsenico nella cura della corea, spesso insieme cogli impacchi freddi, ritraendone giovamento meglio che da qualunque degli altri rimedii finora proposti (S.)].

La cura della corea coll'*antipirina* venne tentata da Legroux, da Moncorvo (5) e studiata metodicamente da C. Leroux (6). Questo autore propinò a 60 coreici delle dosi quotidiane di antipirina variabili da 3 a 6 ed 8 grammi, e dalle sue osservazioni conclude che in moltissimi casi l'antipirina esercita una benefica azione sul decorso della corea, di cui abbrevierebbe molto evidentemente la durata e diminuirebbe rapidamente la gravità. La sua somministrazione sarebbe sempre esente da accidenti di importanza, a meno di rari e lievi disturbi digestivi o di qualche esantema. Consiglia di cominciare coi bambini (da 6 a 15 anni) colla dose quotidiana minima di 3 grammi. Bisogna, per quanto è possibile, raggiungere le dosi 4, 5, 6 grammi, secondo l'età, per ottenere un risultato favorevole. Le dosi elevate agiscono più rapidamente e sono scevre d'inconvenienti. Però se quella da 5 a 6 grammi continuata per 3 settimane non è seguìta da miglioramento, non si speri più nessun utile effetto da questo medicamento.

---

(1) Jeffries, Sulfonal nella corea; *Medical News*, marzo 1890.

(2) Ugo Lœwenthal, Behandlung der Chorea Saint-Vitii mit Exalgin; *Berlin. klin. Woch.*, 1892, n. 5, pag. 95.

(3) Dresch, De la chorée et de son traitement; *Bull. gén. de Thérapeutique*, 30 aprile 1890.

(4) Séguin, Leçons sur le traitement des névroses, Parigi 1893, p. 31.

(5) Moncorvo, Cura della corea coll'antipirina, Parigi 1889.

(6) Leroux, L'antipyrine dans la chorée de Sydenham; *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1890.

Nelle coree *gravi* si prenderanno prima di tutto le necessarie precauzioni per impedire agli ammalati di ferirsi, circondando il letto con ripari imbottiti, per prevenire le cadute e fornendolo di materassi.

In questi casi venne consigliata la tintura di *cannabis indica* alla dose di 5, 10 centigrammi; questo medicamento, però, è infedele. Trousseau usava prescrivere l'oppio a grandi dosi, nei casi di stato di male coreico, e pare ne ottenesse buoni risultati. Si ordinerà l'*estratto tebaico* in pillole di un centigrammo da prenderne una ogni due ore e, di poi, ove occorra, una ogni ora, oppure si faranno delle iniezioni ipodermiche di morfina.

In questi casi si potrà anche ricorrere all'*idrato di cloralio* ad alte dosi, benchè esso sembri agisca solo come ipnotico e non come anticoreico (1). Finalmente si faranno dei bagni tiepidi prolungati. Il *bromuro di potassio*, raccomandato da molti autori, secondo Séguin non trova la sua indicazione in nessun caso di corea, ed anche noi siamo dello stesso avviso.

II. — Corea molle.

Sinonimia: Limp chorea; Corea paralitica; Corea paralizzante.

In tutti i coreici indistintamente si osserva d'abitudine un certo grado di paresi degli arti, paresi appena rilevabile che si manifesta contemporaneamente ai movimenti convulsivi. Non è di quella paresi più o meno pronunciata, a seconda dei casi, ed alla quale il nome di *paralisi dei coreici*, proposto ad Ollive da Charcot, è perfettamente adatto, che tratteremo in questo capitolo.

Studieremo, invece, altri casi nei quali la paralisi *domina veramente la scena;* l'impotenza motrice allora è grave, affatto completa, e tanto più spiccata in quanto le convulsioni mancano o sono appena rilevabili. Sono questi i casi ai quali pare calzi meglio il nome di *corea molle* (2).

Storia. — Di siffatti casi ne vennero già osservati da Trousseau (3): " Questa paralisi, egli dice, che però quasi sempre scompare e passa a guarigione non appena cessa e guarisce l'affezione convulsiva, può, in certi casi, permanere dopo la guarigione della corea e complicarsi con atrofia dei muscoli che ne furono maggiormente colpiti, costituendo allora un'infermità più o meno duratura. In qualche caso, ancor più raro, gli accidenti paralitici (non parlo soltanto d'un indebolimento della forza muscolare, ma di vere paralisi) precedono le manifestazioni dei movimenti coreici „. L'eccellente Trattato di Cadet de Gassicourt (4), come del resto tutti gli altri che lo precedettero, non dicono che poche parole su quest'argomento.

Gli studii più completi su tale questione comparvero dapprima in Inghilterra. Todd (5), uno dei primi, descrisse la forma emiplegica delle paralisi coreiche. Si nota allora spesso emicorea da un lato ed emiplegia dall'altro, la faccia non ne è colpita affatto o solo leggermente, la lingua non è paralitica

(1) Barrs, Treatment of certain cases of chorea by hypnotics; *The Lancet*, 20 maggio 1893, n. 3638, pag. 1181.
(2) Paul Blocq, De la chorée molle; *Gazette hebdom. de méd.*, 4 gennaio 1890, n. 1, p. 3.
(3) Trousseau, Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu, vol. II, p. 238.
(4) Cadet de Gassicourt, Traité clinique des maladies de l'enfance, vol. II, p. 248.
(5) Todd, Clinical lectures on paralysis, Londra 1850, p. 313.

e presenta dei movimenti coordinati. Lo stesso autore fornisce così le basi di una diagnosi differenziale, e tenta di dare una spiegazione vaga dell'affezione che descrive. Wilks (1) accenna alla paralisi coreica ed insiste sulla sua benignità.

Ma si è a West (2) che dobbiamo le cognizioni più complete e la denominazione abbastanza felice di *limp chorea*, corea molle. " Vi hanno, egli dice, dei casi di corea, nei quali l'indebolimento della potenza muscolare è a primo aspetto affatto sproporzionata ai movimenti coreici. A questa varietà di corea, nel nostro ospedale dei bambini, diamo il nome di *corea molle*, nome proposto da uno dei nostri chirurghi che calza molto bene e che caratterizza l'affezione tanto quanto il termine scientifico di *corea paralitica* ". Ricorderemo anche un'importante comunicazione fatta da Gowers (3) su quest'argomento al Congresso dell'Associazione Britannica tenuto a Cambridge nel 1886. Questo lavoro, fondato su cinque osservazioni, tende a dimostrare che, in certi casi di corea, la paresi è tale da imprimere un carattere speciale alla malattia. La forma monoplegica sarebbe la più frequente, od almeno, se la paralisi affetta tutti gli arti, uno di essi è quasi sempre molto più indebolito degli altri.

Anche la letteratura francese si è arricchita in questi ultimi anni di nozioni relative a quest'argomento. Prima fra le altre deve figurare la monografia di Ollive (4), che riassume in qualche modo lo stato delle nostre conoscenze a quell'epoca, e che, fino ad oggi, costituisce il lavoro sintetico più completo che possediamo sulla questione. Lannois (5), nella sua tesi di concorso, assegna un posto distinto alla corea molle. Cadet de Gassicourt (6) ne pubblicò due casi interessanti; Charcot (7) ne illustrò parecchi casi nelle sue lezioni cliniche, prendendo argomento per fare sul soggetto delle considerazioni istruttive; Bouchaud (8), Rondot (9), Simon (10), finalmente, descrissero nuovi casi dello stesso genere.

Più di recente Raymond (11) richiamò l'attenzione sulle atrofie muscolari che possono complicare la corea molle, e Rondot (12) ha consacrato un importante lavoro alle atrofie muscolari della stessa specie. Finalmente, Massalongo (13) pubblicò da poco un interessante contributo alla patogenesi di questa forma di corea.

Definizione — Divisione. — Abbiamo già detto che conveniva fare una divisione dei fatti paralitici che si manifestano nella corea. In un primo gruppo si comprendono i casi nei quali la paralisi è completa e domina la scena, di modo che si sarebbe quasi autorizzati a distrarre dalla corea di Sydenham,

---

(1) Wilks, Lectures on diseases of the nervous system, p. 283.

(2) West, Leçons cliniques sur les maladies des enfants.

(3) Gowers, Sulla corea paralitica; *Brit. med. Journal*, 1881.

(4) Ollive, Des paralysies chez les choréiques; Thèse de Paris, 1883.

(5) Lannois, Nosographie des chorées; Thèse d'agrég., Parigi 1886.

(6) Cadet de Gassicourt, De la chorée paralytique; *Journ. de Médecine de Paris*, 1888.

(7) Charcot, Policlinique; *Leçons du mardi*, 1887-88 e 1888-89.

(8) Bouchaud, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, dicembre 1888, gennaio 1889.

(9) Rondot, Les paralysies de la chorée; *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1889.

(10) Simon, Contribution à l'étude de la chorée molle; *Rev. méd. de l'Est*, 15 dicembre 1890, n. 24, pag. 743.

(11) Raymond, Soc. méd. des Hôp., seduta del 16 maggio 1890.

(12) Rondot, Les amyotrophies dans les paralysies de la chorée, Bordeaux 1890.

(13) Massalongo, Contribution à la pathogénèse de la chorée molle; *Revue neurologique*, 15 luglio 1893, n. 13, p. 346.

questa varietà distinta, col nome geniale proposto dall'autore inglese (1). In un altro gruppo si comprendono solo i casi di paresi più o meno sviluppata e che si manifesta durante il decorso di una corea volgare.

Veramente non sarebbe il caso di differenziare che due forme: la *corea molle*, quella cioè — che meglio corrisponde al concetto d'un tipo distinto — nella quale la paralisi si manifesta, per così dire, dal principio alla fine della malattia; e la *paralisi della corea*, nella quale la paralisi viene ad aggiungersi alla incoordinazione motoria. In quest'ultimo caso distingueremo due varietà, a seconda che i movimenti convulsivi precedono o seguono la paralisi (2).

Ci limiteremo quindi alla descrizione di questi due tipi: la corea molle e le paralisi della corea, perchè tutte le forme di paralisi legate alla corea del Sydenham vi si annettono facilmente.

Cause. — Nulla sappiamo circa le cause per le quali la corea assume la forma paralitica. Abbiamo cercato per quanto ci fu possibile se per avventura non esistessero delle circostanze eziologiche le quali ci permettessero di prevedere sia le manifestazioni della corea molle, sia la sopravvenienza della paralisi nel quadro della corea volgare. La disamina dei casi descritti ci permette di concludere poco a questo riguardo, e le sole particolarità comuni che ci rivelano le relazioni (e tali casi sommano a 50 circa), e che vennero registrate, sono le seguenti: 1° la causa occasionale dello sviluppo dell'affezione è specialmente rappresentata da una malattia infettiva: morbillo, febbre erpetica, pneumonite, scarlatina; 2° inoltre, l'età bambina pare costituisca, a sua volta, una vera predisposizione: diffatti la corea molle non venne osservata che dai 2 ai 14 anni e, specialmente, dai 6 ai 7.

I dati concernenti l'*anatomia patologica* e la *patogenesi* della corea molle non sono più dimostrativi di quelli che conosciamo circa la corea volgare: vedremo come le atrofie muscolari, che talvolta le complicano, vennero attribuite, secondo noi senza sufficiente giustificazione, alle artropatie che si osservano in tale affezione.

Ciò non pertanto Massalongo (3), che ammette l'origine infettiva della corea volgare, e che, in parecchi casi, constatò la preesistenza della scrofolosi nei coreici, crede che il disturbo di cui trattiamo potrebbe ripetere la sua causa in alterazioni nutritive passeggere degli elementi nervosi, determinate dai *prodotti tossici* dei bacilli tubercolari. Ed egli interpreta le varie forme di corea e la corea molle in particolare nel seguente modo. A seconda dell'*estensione* dei fenomeni morbosi supposti nei centri nervosi, si avrà la corea *localizzata* o *generalizzata;* secondo la gravità delle alterazioni degli elementi nervosi, si avrà la corea *passeggera* o *prolungata;* se tali alterazioni *non si risolvono* ne risulterà la corea *grave* o *cronica*. Finalmente, la comparsa della corea molle nella quale predominano i sintomi di acinesi, mentre sono poco mar-

---

(1) Una tale divisione non sarebbe però ammissibile perchè, anche in questi casi, l'indebolimento della forza muscolare conserva rapporti più o meno intimi coll'elemento convulsivo.

(2) Non crediamo preferibili le espressioni di *corea paralitica*, *corea paralizzante*, che furono proposte, perchè ambedue presentano degli inconvenienti. La prima si presta a confusione colla *emicorea post-emiplegia*, che nosograficamente ne differisce in modo essenziale. Riguardo alla seconda, essa implica la conoscenza della natura ancora ignota dell'affezione. È la corea che determina la paralisi? La risposta affermativa implicitamente formulata nell'espressione succitata non sembra *a priori* più giustificata che *a posteriori*, almeno per quanto le ricerche attuali permettono di supporre.

(3) Loco citato.

cati quelli di ipercinesi, dipende dalla natura e dalla gravità delle alterazioni. In somma, la corea comune, convulsiva, come la paralitica dipendono dal *grado* dell'alterazione materiale, nutritiva, biochimica delle cellule corticali motrici, dei nuclei grigii, o delle colonne anteriori del midollo.

Sintomi. — Come la corea volgare, la *corea molle* comincia ordinariamente con alterazioni delle facoltà *intellettuali* ed *affettive*, perfettamente simili del resto, e quali abbiamo già descritto.

I *disturbi motori* non tardano a manifestarsi. Il più spesso non hanno al principio l'intensità che acquisteranno poi in seguito. Se ne vengono colpite per le prime le gambe, l'andatura diventa irregolare, difficile, le gambe si incrociano fra di loro e le cadute sono frequenti. Se, invece, sono preda del processo gli arti superiori pei primi, gli ammalati diventano maldestri e si lasciano facilmente sfuggire gli oggetti di mano. Finalmente, anche la testa vacilla ed il tronco non può mantenere la sua immobilità.

Altre volte la paralisi raggiunge d'un tratto il suo massimo di intensità, ed in 24-48 ore diventa completa. Si è in casi di tal genere, specialmente se l'affezione, come accade di frequente, si manifesta durante la convalescenza di una malattia febbrile, che si è maggiormente esposti al pericolo di non diagnosticare la corea molle e di scambiarla colle paralisi organiche consecutive alle malattie infettive.

Giunta al periodo di stato, la paralisi offre alcune particolarità. Gli arti sono assolutamente flaccidi, forse più ancora che in qualsiasi altra forma di paralisi, la loro forza dinamometrica è nulla. Sollevati dal letto vi ricadono trascinati soltanto dal proprio peso. I movimenti *volontari* sono affatto impossibili, però, nella maggior parte dei casi, osservando attentamente, si possono rilevare dei piccolissimi movimenti incoordinati, coreiformi, che si manifestano spontaneamente ad intervalli piuttosto lunghi, sia negli arti sani come anche nei paralizzati.

La distribuzione della paralisi è delle più variabili; spesso l'impotenza motoria è *generalizzata* e colpisce i quattro arti, il tronco e la testa. In tal caso è quasi caratteristica: il bambino, secondo l'espressione volgare, ma molto appropriata, che abbiamo spesse volte udito, interrogando i genitori, è “ come un cencio „. Le gambe, il tronco, le braccia sono in completa risoluzione molli ed inerti, la testa subisce delle oscillazioni in tutti i sensi, affatto simili a quelle di un neonato. Però la faccia resta quasi sempre immune, benchè la lingua non possa venire sporta fuori della bocca e per la sua paralisi la parola sia molto alterata, se non impossibile.

Altre volte si tratta di una vera *emiplegia* che — in casi per vero rari — invade anche la faccia. Vi sarebbe allora un sintomo differenziale fra questa affezione e l'emiplegia volgare, consistente nella paralisi dei muscoli del collo che manca nell'emiplegia organica. Molto più rara è la forma *paraplegica*, la quale non si accompagna a disturbi da parte degli sfinteri. La forma più frequente della paralisi è la *monoplegia* bracciale, o piuttosto la diffusione della paralisi con predominio molto più notevole dell'impotenza motoria ad uno degli arti superiori.

Nessun *disturbo della sensibilità* nelle parti paretiche o paralitiche, non *disturbi trofici*, eccettuate le atrofie muscolari; amiotrofie che si devono considerare quali complicazioni e sulle quali ritorneremo.

La *durata* di tali sintomi è generalmente breve e varia da tre settimane a due mesi. Di regola l'*esito* è favorevole, le forze ritornano a poco a poco ed il paziente guarisce. Può anche darsi che alla corea molle succeda la volgare.

In tal caso si ha da che fare piuttosto colla varietà del secondo gruppo, colle *paralisi nei coreici*. Diffatti, queste sono caratterizzate da ciò che precedono, accompagnano o seguono l'incoordinazione motoria, ed inoltre perchè di rado sono di una intensità simile a quella della forma precedente.

I caratteri della paralisi non sono però diversi; gli arti sono egualmente flaccidi, la sensibilità, la reazione elettrica e gli sfinteri sono rispettati. Quando la paralisi *accompagna* la corea, nell'arto che sarà affetto si osserva che i movimenti coreici diminuiscono di numero e di ampiezza, poi esso diventa inerte senza che l'incoordinazione motrice cessi nelle altre parti del corpo. È raro, però, che l'indebolimento muscolare sia assoluto, e quasi sempre persistono, nell'arto paralizzato, ancora leggeri movimenti. Non appena scompare la paralisi ricompaiono i movimenti coreici. In questa forma, adunque, l'astenia presenta delle grandi variazioni nella sua intensità. Riguardo alla sua distribuzione, essa è quasi sempre in rapporto con quella dei movimenti coreici: generalizzata, emiplegica o monoplegica. Possiamo però dire che le forme localizzate sono le più frequenti. Le paralisi durano breve tempo e guariscono, ricompaia oppur non l'incoordinazione motrice.

Identici sono i caratteri delle paralisi *che seguono* la corea. Talvolta si manifestano all'improvviso: da un giorno all'altro l'arto paracinesico diventa acinesico, tal'altra l'amiostenia si sviluppa in modo progressivo. Pare che l'intensità dei movimenti coreici non abbia nessuna influenza sulla comparsa della paralisi. La distribuzione di questa è variabile, diffondendosi a tutto il corpo od affettando solo parecchi arti, e non si accompagna nè a disturbi di sensibilità nè a sintomi di alterata funzione degli sfinteri. L'*esito* è anch'esso favorevole, però la *durata* è più lunga che nelle forme precedenti.

Le *amiotrofie*, che si manifestano in qualche caso, sono più rare. In tutti i casi, nei quali si osservarono, i disturbi coreici erano accompagnati e qualche volta preceduti da artropatie dolorose. Le atrofie sono abbastanza gravi, rapide pel loro decorso, localizzate agli arti stati sede delle artropatie. Non sono di natura degenerativa, si accompagnano ad abolizione dei riflessi tendinei, ed infine, migliorano in un tempo relativamente breve. Rondot, fondandosi sulla coincidenza da lui constatata fra le amiotrofie muscolari e le artropatie, crede che le prime siano d'origine articolare. Si sa, però, che questo genere di atrofie riflesse è caratterizzato dall'esagerazione dei riflessi tendinei, ed è questo un carattere differenziale importante, benchè l'autore citato lo tenga in poco conto, perchè riferisce l'abolizione dei riflessi alla corea preesistente.

Diagnosi. — È della massima importanza potendosi confondere la corea molle, affezione benigna, con altre malattie gravi che possono trarre più o meno facilmente in errore. Se si tratta di un bambino molto tenero si potrebbe pensare ad una *paralisi infantile*; in questo caso però il manifestarsi improvviso della poliomielite anteriore si accompagna ordinariamente con febbre; di più, l'impotenza motrice da causa spinale, dapprima generalizzata, non tarda a localizzarsi a territorii muscolari che ben presto cadono poi in preda a disturbi vaso-motori e trofici, accompagnati da modificazioni nel modo di reagire alla corrente elettrica. Nella corea molle, invece, l'inizio è lento, apirettico, e la paresi muscolare, se pure diventa amiotrofica, è questo un fatto eccezionale, non è mai seguìta da modificazioni della reazione elettrica. Aggiungiamo che la lingua è sempre immune da alterazioni nella mielopatia, mentre, d'ordinario, è paretica o agitata involontariamente nella corea.

Il fatto della frequenza colla quale si manifesta la corea molle durante la convalescenza di un'affezione acuta potrebbe farla confondere colle *paralisi delle piressie*. I sintomi proprii a queste basteranno a farle riconoscere. L'astenia vi predomina quasi sempre nei muscoli estensori, i quali si atrofizzano rapidamente e presentano la reazione degenerativa; finalmente si hanno per lo più anche dolori.

Nei casi di abuso di medicamenti, si dovranno differenziare le *paralisi tossiche*, i cui sintomi sono simili a quelli delle astenie d'origine infettiva.

Si terranno sempre presenti le *paralisi isteriche*, sia che si tratti di ragazze e di giovanetti e la frequente associazione delle due nevrosi renderà spesso difficile la diagnosi differenziale. Certo che la constatazione di un'iperestesia od anche di un'anestesia degli arti paralitici toglierebbe ogni dubbio, ma questi sintomi possono mancare, fatto questo tutt'altro che raro specialmente nell'isterismo infantile. La diagnosi differenziale in tali casi si fonderà, da una parte, sulla conoscenza di attacchi o di stimmate isteriche, dall'altra, sulla constatazione di piccoli movimenti incoordinati.

Non crediamo possibile un errore di diagnosi fra la corea molle e la forma paralitica dell'*astasia-abasia*, giacchè in questa l'impotenza funzionale non si manifesta che nei soli movimenti proprii per la stazione eretta e per la deambulazione.

Pochissima rassomiglianza corre anche fra i sintomi psichici prodromici della corea e quelli della *meningite tubercolare;* ciò non pertanto, i disturbi motori e, specialmente, il comparire d'una monoplegia, potrebbero, in parecchi casi, determinare confusione. L'insieme dei fenomeni gravi, dimagrimento, febbre, cefalea intensa, caratteristici della meningite, hanno allora un tale significato che non potrebbe lasciare indecisi per troppo lungo tempo.

La paralisi del *morbo di Pott* non si presterà a confusione che nel caso possibile — e noi ne osservammo uno — nel quale un bambino gibboso diventasse coreico. Di fatti, in tal caso, si potrebbe domandare se la paralisi è dovuta alla corea o non piuttosto alla tubercolosi delle vertebre ed alla successiva compressione del midollo. L'esame dei riflessi, esagerati in quest'ultimo caso, toglierà tutti i dubbi che saranno poi dissipati dall'ulteriore decorso dell'affezione.

Cura. — Non si metteranno in opera mezzi terapeutici energici, sapendo che la corea molle abitualmente guarisce e si ricorrerà ad una cura tonica e antispasmodica, quale si usa nella corea volgare. Le applicazioni faradiche pare tendano, secondo che pretesero alcuni, ad abbreviare la durata dell'affezione.

III. — Corea delle gravide.

Sinonimia: Chorea gravidarum; Corea della gravidanza; Corea gravidica.

La corea delle gravide è conosciuta da lungo tempo perchè trovasi ricordata già da Borsieri (1) nel 1787 e venne poi più particolarmente studiata in Inghilterra ed in Germania. Non riferiremo ora i casi isolati che furono pubblicati; ma ci limiteremo a ricordare i nomi degli autori, ai quali dobbiamo i lavori più importanti sull'argomento che stiamo studiando. Morler di Giessen (2),

(1) Borsieri, Inst. med. pract., Lipsia 1789.
(2) Morler di Giessen, *Virchow's Archiv*, XXIII, 1862.

fra i primi, raccoglie in una Memoria analitica 21 caso di corea delle gravide. Jaccoud, nel 1867, fa un'importante lezione su questa malattia.

Un lavoro assai degno di nota le consacra Barnes (1) nel 1868, lavoro basato su 56 casi, 17 dei quali con esito letale, e che può ritenersi come la prima monografia completa che tratta questo argomento.

In Francia, oltre a quanto è riferito nell'articolo di Raymond (2) che tratta anche della corea delle gravide, ricorderemo specialmente la tesi di Hervé (3) che raccoglie le cognizioni anteriori, e costituisce un'eccellente sintesi critica. In Inghilterra, oltre le pubblicazioni di Simpson (4), di Prince (5), di Wade (6), di Handfield Jones (7) e di Benington (8), citeremo il recente lavoro di P. J. Mac-Cann (9) nel quale si tratta per la prima volta la questione della corea isterica delle gravide e, nello stesso tempo, si riportano osservazioni originali ed un quadro nosologico molto accurato della questione.

Eziologia. — La corea delle gravide colpisce specialmente le donne giovani fra i 18 ed i 23 anni. Su 37 casi di Mac-Cann, 11 concernono donne di 20 anni. Generalmente si tratta di primipare; Bamberg, su 49 casi, ne trovò 28 in prima gravidanza, 13 in seconda, 3 in terza. La corea ha anche una speciale predilezione per la prima metà della gestazione e, d'abitudine, si manifesta verso il terzo e quarto mese. Però la si vide apparire, ma eccezionalmente, anche al nono mese.

Le stesse cause invocate per l'eziologia della corea del Sydenham presiedono pure allo sviluppo della corea delle gravide ed anche qui si riscontrano: l'eredità nervosa, il reumatismo, le emozioni, ecc.

Sintomi. — Salvo qualche piccola particolarità, la sintomatologia della corea delle gravide rassomiglia molto a quella della corea di Sydenham. Lo stesso inizio, gli stessi movimenti generalizzati o relativamente localizzati. L'agitazione, però, è quasi sempre molto intensa come nella corea grave; di più, invade molto frequentemente i muscoli della faringe e della laringe, determinando disturbi della respirazione.

Si noti ancora che la palpazione addominale e l'esplorazione vaginale determinano ordinariamente un aumento dei movimenti coreici, i quali sono pure influenzati dai movimenti del feto; anzi pare che, in certi casi, l'inizio della corea sia coinciso colla percezione dei primi movimenti fetali.

La corea delle gravide si accompagna anche spesso con disturbi dello stato mentale, ed i disordini intellettuali in molti casi persistono fino alla scomparsa dei movimenti coreici. Come per la corea volgare, i disturbi obbiettivi della sensibilità sono rarissimi e sembrano riferibili ad isterismo; è per questo fatto che Mac-Cann si credette autorizzato a distinguere, nella corea delle gravide, una forma pura, una forma isterica ed una mista.

Riguardo al cuore, nulla di particolare; si possono ascoltarvi soffii anemici od endocarditici.

(1) Barnes, Obst. Trans., vol. X, 1868.
(2) Raymond, loco citato.
(3) Hervé, Chorée pendant la grossesse; Thèse de Paris, 1884.
(4) Simpson, *Obs. Journ. Great Britain*, maggio 1876.
(5) Prince, *Obs. Journ. Great Britain*, ottobre 1876.
(6) Wade, *Trans. Obs. Soc.*, 1880.
(7) Hanfield Jones, *Trans. Obs. Soc.*, 1889.
(8) Benington, *Northumberland med. Soc. Trans.*, dicembre 1889.
(9) Mac-Cann, *Trans. of the Obst. Society of London*, novembre 1891.

Nulla di fisso riguardo all'influenza del travaglio del parto sulla corea. In alcuni casi pare non abbia nessun effetto; in altri, tuttavia, determinerebbe una diminuzione dei movimenti coreici, ma potrebbe anche aumentarli. Per contro, la corea provoca abbastanza spesso il parto prematuro; su 36 casi (Mac-Cann) vi sarebbero stati 10 aborti.

Decorso — Durata — Esito. — La corea cessa solamente col secondamento, persistendo così per tutta la gravidanza. Vi hanno casi nei quali il parto non fu seguìto da guarigione (corea post-gravidica) e persistette durante il periodo dell'allattamento (*chorea lactantium*). Furono anche notate delle recidive ad ogni gravidanza successiva. La corea delle gravide è più spesso della volgare seguìta da morte, nella proporzione di 1 volta circa su 10 casi. La morte avviene in conseguenza dello stato di male coreico, più che per le complicazioni cardiache.

Natura. — La corea delle gravide non differisce affatto, in quanto a natura, dalla corea volgare. La dimostrazione di tale identità è data dal fatto che nei soggetti che furono da bambini affetti da corea, questa *recidiva* quasi con certezza alla prima e talvolta anche alla seconda gravidanza. La quale, come è noto, è un agente provocatore di disturbi nervosi, per cui si comprende come in individui predisposti possa fare scoppiare la corea. I fenomeni discrasici legati alla gravidanza spiegano, fino ad un certo punto, la gravità che assume la corea in questa circostanza.

Prognosi. — La prognosi è infatti molto più grave di quella della corea volgare, come lo dimostra la proporzione della mortalità, che è del 20 al 25 per 100. Questa malattia costituisce una complicazione grave per la madre, potendo determinare sia la morte sia disturbi mentali molto gravi.

Di più, la corea predispone all'aborto: 4 aborti su 21 caso (Mosler), 10 su 57 (Barnes), 40 su 69 casi (Siegelberg). — La prognosi è grave anche pel feto, data la possibilità dell'aborto o del parto prematuro; grave anche perchè i movimenti coreici sarebbero in queste condizioni trasmissibili ereditariamente, sia che trattisi, in tal caso, di corea veramente congenita, il che non è dimostrato in modo assoluto, sia perchè il bambino riceverebbe soltanto la predisposizione alla corea.

Diagnosi. — Non presenta nessuna difficoltà, se non quando si ha a che fare con isteriche, nel qual caso converrà stabilire se il disturbo motore è dovuto all'isterismo.

Riguardo *alla cura*, oltre i medicamenti usati per la corea volgare, potrà trattarsi la questione dell'indicazione del parto prematuro artificialmente procurato, giacchè lo svuotamento dell'utero sembra liberi l'ammalata dall'affezione. Questo intervento troverà la sua indicazione nei casi nei quali l'esaurimento dovuto all'agitazione, il delirio maniaco, le complicazioni cardiache gravi metteranno in breve tempo la vita della paziente in serio pericolo.

IV. — Corea cronica.

Sinonimia: Corea dei vecchi. Corea cronica progressiva. Corea ereditaria. Corea ereditaria degli adulti. Corea di Huntington.

Storia. — Benchè le coree croniche fossero già conosciute da lungo tempo, perchè si trovano ricordate sin dal 1816 da Thilenius (1), notate nei bambini da Rüfz (2), si può dire che furono prese in considerazione dai medici solo dopo la Memoria di Huntington (3) comparsa nel 1872, la quale ebbe il merito di mettere in chiaro il carattere predominante di quest'affezione, l'ereditarietà, che era già stato rilevato da G. Sée (4). Ciò non pertanto, questo lavoro rimase per molto tempo nell'obblio, benchè ne venissero pubblicati molti casi, fra i quali citeremo quelli di Landouzy (5), di Macleod, Wagner, Berkley, Saundby.

Nel 1884, Ewald (6) richiamò di nuovo l'attenzione su questa forma di corea; di poi King (7) descrisse parecchi casi di corea ereditaria ed insiste sui disturbi psichici che l'accompagnano, avvicinando quest'affezione, che egli chiama " corea ereditaria ", alla corea volgare. Peretti (8) si occupò dei rapporti e delle differenze cliniche che sono possibili a riscontrarsi fra le due forme. Huber (9) ne pubblicò ben tosto altri casi; Hoffmann (10) ne tratta in un'importante Memoria, Herringham (11), Seppilli (12) ne fanno oggetto di riviste critiche.

Quasi contemporaneamente Charcot (13) presentava ai suoi uditori degli ammalati affetti da corea cronica, esponendo in tale occasione le sue idee circa l'unità delle coree, e Lannois (14) pubblicava un importante lavoro nel quale sosteneva, invece, l'autonomia della corea ereditaria. La tesi di Lenoir (15), fatta sotto l'ispirazione di quest'ultimo autore, dà la storia completa dello stato attuale della questione. Dobbiamo ancora ricordare i casi di Korniloff (16), prima di arrivare all'eccellente tesi di Huet (17). Quest'ultima, oltre al riassumere quanto si sapeva, riferisce nuovi casi, e, poggiandosi su argomenti forniti da questo materiale, sostiene la dottrina unitaria di Charcot. Secondo quest'autore, non si tratta di una malattia speciale, autonoma, ma di una semplice varietà di corea volgare del Sydenham, e le forme *ereditarie* non differiscono essenzialmente dalle altre forme croniche di questa malattia.

---

(1) Thilenius, *Med.-chir. Bemerkungen*, Francoforte sul Meno, 1816.
(2) Rüfz, Recherches sur quelques points de l'histoire de la chorée; *Arch. gén. de Méd.*, 1834, vol. IV.
(3) Huntington, On chorea; *Med. and surg. Reporter*, Filadelfia, 13 aprile 1872.
(4) G. Sée, De la chorée; *Mém. de l'Acad. de Méd.*, vol. XV, 1850.
(5) Landouzy, *Soc. de Biol.*, 31 maggio 1873.
(6) Ewald, Zwei Fälle von choreatischen Zwangsbewegungen; *Zeitschrift f. klin. Med.*, 1884.
(7) King, Hereditary chorea; *New York med. Journal*, 1885.
(8) Peretti, Ueber hereditäre choreatische Bewegungen; *Berl. klin. Wochensch.*, 1885.
(9) Huber, Chorea hereditaria der Erwachsenen; *Virchow's Archiv*, vol. CVIII, 1887.
(10) Hoffmann, Ueber Chorea chronica progressiva; *Virchow's Archiv*, vol. III, 1888.
(11) Herringham, Chorée chronique héréditaire; *Brain*, 1888.
(12) Seppilli, Corea ereditaria; *Riv. sperim. di Fren.*, 1888.
(13) Charcot, Leçons du mardi, 1888-89.
(14) Lannois, Chorée héréditaire; *Revue de Méd.*, 10 agosto 1888.
(15) Lenoir, Étude sur la chorée héréditaire; Thèse de Lyon, 1888.
(16) Korniloff, Chorée chronique héréditaire; *Messager de Psych.*, Pietroburgo 1889.
(17) Huet, De la chorée chronique; Thèse de Paris, 1888-89.

Poco dopo, Biernacki (1) si occupò della cura della corea cronica, Mirto (2), Fry (3), Berckley (4) descrissero dei nuovi casi, Wharton Sinckler (5), Kronthal (6), Schlesinger (7) riferirono delle osservazioni, una delle quali, quella di Kronthal, è seguita da ricerche istologiche accurate. In questi ultimi anni si sono veramente moltiplicati i lavori su quest'affezione, che prima veniva considerata come eccezionale. Ci resta quindi ancora da ricordare i casi di Schmidt (8) e di Phelps (9), la tesi di Juvaux (10) fatta in Francia, e che combatte l'opinione della Salpêtrière sostenendo, invece, l'autonomia della corea ereditaria, la comunicazione di Gray (11) concernente un caso di corea congenita (?); finalmente la Memoria di Osler (12), che propone una nuova divisione delle coree e contiene un caso con autopsia, [e la pubblicazione di Massalongo (*a*), quelle di Orsi e Casazza, di Picchini e Conti, di Caviglia, ecc. di Silex, di Rau, e di Esser, ecc. (S.)].

Eziologia. — L'ereditarietà è un fattore, che si riscontra nella maggioranza dei casi: mentre nella forma volgare l'eredità similare diretta è, come vedemmo, eccezionale, in questa forma costituisce quasi la regola, ed è questo il principale argomento dei fautori d'una *corea ereditaria* autonoma. Furono descritti dei casi di corea, nei quali la malattia era stata osservata in quattro generazioni successive, colpendo in ciascuna parecchi membri della stessa famiglia. Però l'ereditarietà similare non sarebbe costante nella corea cronica, e, su 17 casi, Huet la trovò soltanto 9 volte.

Comunque sia, il carattere ereditario, di malattia famigliare, è abbastanza frequente a riscontrarsi nella corea cronica per darle un'impronta speciale. A tal proposito, Huntington fa notare un fatto speciale. Quando un bambino coreico è risparmiato, i suoi discendenti ne restano immuni: la corea non salta una generazione. Sarebbe questa una regola senza eccezione. Oltre l'eredità similare, non è raro osservare l'eredità nervosa di trasformazione.

La corea cronica è affatto eccezionale *nell'infanzia*, meno rara dalla pubertà in poi, ed arriva al massimo di frequenza fra i 30 ed i 45 anni. Dopo quest'età, fino ai 55 anni, è ancora abbastanza frequente, per ridiventare rara in seguito. Dipenda oppur no la corea dall'eredità similare, non si hanno dif-

---

(1) Biernacki, Ein Fall von chronischer hereditärer Chorea; *Berliner klin. Wochenschrift*, 2 giugno 1890.

(2) Mirto, Sulla corea cronica progressiva; *Riforma medica*, 3 agosto 1891. [V. pure Cirincione e Mirto, Corea cronica progressiva; *La Psichiatria*, fasc. 3-4, 1889 (S.)].

(3) Fry, Chorea in the aged; *The Journal of nervous and mental Diseases*, 1891.

(4) Berckley, A case of chorea insaniens; *The John Hopkins Hospital Reports*, agosto 1891.

(5) Wharton-Sinkler, On hereditary chorea; *Medical Record*, 12 marzo 1892.

(6) Kronthal e Kalischer, Ein Fall von progressiver Chorea; *Neurolog. Centralblatt*, 1° e 15 ottobre 1892.

(7) Schlesinger, Ueber einige seltene Artes der Chorea; *Zeitschrift für klin. Medic.*, vol. XX, fasc. 4 e 6.

(8) Schmidt, Zwei Fälle von Chorea chronica progressiva; *Deutsche medicinische Woch.*, 23 giugno 1892.

(9) Phelps, A new consideration of hereditary chorea: *The Journal of mental Diseases*, ottobre 1892.

(10) Juvaux, Chorée chronique héréditaire; Thèse de Paris, 1892.

(11) Gray, Cas de chorée congénitale de Huntington; *Association des Neurolog. americains*, 24 luglio 1892.

(12) Osler, Remarks on the Varieties of chronic chorea, and a report upon two families of the hereditary form, with one autopsy; *The Journal of nervous and mental Diseases*, n. 2, 1893.

(*a*) Ballismo cronico, *Policlinico*, n. 18, 1895, pag. 481.

ferenze sensibili fra queste cifre, almeno da quanto può desumersi dai dati raccolti in proposito da Huet; tuttavia non vennero ancora descritti dei casi di corea ereditaria manifestatasi nell'infanzia.

Riguardo al *sesso*, contrariamente a quanto si conosce circa la corea volgare che è più frequente a riscontrarsi nel sesso femminile, gli uomini verrebbero affetti dalla corea cronica più spesso delle donne (44 U. e 36 D., secondo Huet). Pare che il *reumatismo* si riscontri solo in via eccezionale negli antecedenti dei coreici cronici, ed è questo un punto sul quale già Charcot aveva richiamato l'attenzione; anche in ciò è da notare la differenza coll'eziologia della corea volgare.

Fra le cause occasionali, le *emozioni morali*, specialmente lo spavento, avrebbero una parte importante; ed a questo riguardo abbiamo parecchi casi dimostrativi, nei quali il disturbo motorio si manifestò poche ore dopo un vivissimo terrore. Pare che anche i dispiaceri possano determinare dei parossismi nel decorso della malattia. Esisterebbero dei rapporti di associazione fra la corea cronica e l'*epilessia*, quasi simili a quelli che furono riscontrati fra la corea volgare e l'isterismo. Non pare che la *sifilide*, come altre malattie infettive, abbiano relazione diretta colla corea cronica.

Da quanto dicemmo risulta che le condizioni eziologiche della corea cronica differiscono specialmente da quelle della corea volgare in quanto che questa è una malattia dell'infanzia e quella dell'età adulta, e perchè l'una ripete specialmente una predisposizione ereditaria artritica, e l'altra, invece, una predisposizione ereditaria nervosa; [fra la corea volgare e la corea cronica vi sarebbe appunto la differenza che passa fra il reumatismo articolare acuto ed il reumatismo articolare cronico (S.)]. Avremo in seguito occasione di vedere quale sia il valore di queste differenze dal punto di vista nosografico.

Anatomia patologica. Patogenesi. — Benchè su tale argomento possediamo dati abbastanza numerosi, pure siamo ancor lungi dall'avere stabilito il valore delle lesioni trovate all'autopsia. Di fatto, il più sovente si tratta di alterazioni varie e comuni, sulle quali non è lecito basare il substrato anatomico dell'affezione. A questo riguardo le autopsie differiscono poco le une dalle altre, tanto se riguardano coreici con eredità similare od altri immuni da essa. Non riferiremo nei particolari i risultati degli esami praticati da Huber, Macleod, Maclaren, Berkley, Mackenzie, Vassitch, Tissier, Charcot, Hoffmann, Kraemer, Kronthal, Kalischer e Osler; ci limiteremo soltanto a ricordare le lesioni che si riscontrarono più di frequente.

Quasi costante è un'alterazione delle *meningi*. Nella maggior parte dei casi si trova congestione della pia madre, opacamento dell'aracnoide, inspessimento della dura, aderenze delle meningi fra di loro e colla convessità degli emisferi. La dura madre è più specialmente interessata sotto forma di pachimeningite emorragica. Si riscontrano anche fibromi isolati di essa.

Riguardo alle lesioni del *cervello*, esse sono incostanti e variabili tanto per quello che concerne la sua sostanza propria quanto pei vasi. Questi sono dilatati, inspessiti, molto spesso, nella maggioranza dei casi, ateromatosi, ma in modo ineguale e senza notevole predominio in uno piuttosto che in un altro territorio. Riguardo alla sostanza cerebrale, si riscontrarono, da una parte, atrofia semplice specialmente delle zone motorie, dall'altra, delle lesioni degenerative sempre diffuse. Talvolta si tratta di piccoli focolai necrobiotici, tal'altra di rammollimenti; in altri casi si ha degenerazione pigmentaria delle cellule piramidali con iscomparsa di un certo numero di fibre nervose; finalmente,

si notarono anche chiazze di degenerazione jalina, proliferazione disseminata della nevroglia, tutte lesioni diffuse più o meno simili a quelle che si riscontrano nella paralisi generale. Queste lesioni furono studiate molto accuratamente in uno dei lavori più recenti di Kronthal, e dalle sue ricerche questo autore conclude che tali lesioni sono troppo diffuse per essere patogene. Dobbiamo infine aggiungere che vi hanno casi nei quali l'esame del sistema nervoso riuscì negativo, e ciò depone pella completa analogia anatomica fra la corea cronica e la corea volgare.

Non ritorneremo ora sulla discussione delle teorie proposte per interpretare tali lesioni, teorie già esposte studiando la corea volgare. Diremo però con Huet che, tenuto conto della frequenza delle lesioni meningee o delle circonvoluzioni riscontrate nelle autopsie dei coreici, considerando i disturbi che la maggior parte di questi ammalati presenta, ci sembra ragionevole credere che le lesioni patogene debbano ricercarsi specialmente nello strato corticale delle circonvoluzioni cerebrali.

Natura. — Converrebbe che ci spiegassimo sulla natura della corea cronica, od almeno giustificassimo l'opinione che ce la fa considerare come una semplice varietà della corea volgare. Ricorderemo infatti che, se certi autori le attribuiscono soltanto il valore di una varietà clinica, altri la ritengono come un'entità morbosa veramente autonoma e chiaramente distinta dalla corea del Sydenham. Quest'ultima opinione fu specialmente sostenuta da Lannois, Lenoir, Wharton Sinkler, Herringham, Déjerine, Osler e Dana. Per contro, Charcot ed il suo allievo Huet, Diller, Joly sono fautori dell'unità della corea, sostenuta ancor affatto recentemente da Joffroy e dal suo allievo Breton.

L'esame critico degli argomenti invocati a favore della separazione di queste due forme ci permette, a nostro avviso, di schierarci da una delle due parti. Secondo i difensori della separazione, fra le due forme di corea esisterebbero differenze riferentisi: all'*eziologia* — eredità, età, — ai *sintomi* — movimenti, stato mentale, — finalmente, al *decorso*, differenze abbastanza importanti per dar ragione di una divisione fra queste forme.

L'*eredità* nervosa è generalmente similare nella corea cronica, mentre è tale solo di rado nella volgare. Ora, è ben dimostrato che un numero abbastanza grande di casi di corea cronica non si distingue dalla corea ereditaria che per un solo carattere: la mancanza dell'eredità similare. D'altra parte, anche nella corea acuta si può riscontrare talvolta l'eredità similare. Questo adunque non sarebbe un carattere veramente differenziale; inoltre certe affezioni nervose, la malattia di Friedreich, la miopatia progressiva, si osservano con o senza eredità similare senza che per questo si sia pensato a dividerle in forme distinte, fondandosi sulla presenza o sulla mancanza di questo carattere.

Nemmeno la *questione riferentesi all'età* ha un valore assoluto. Indubbiamente la corea acuta si manifesta nell'infanzia, mentre la cronica preferisce l'età adulta. Però, da un lato troviamo nell'adulto e nel vecchio dei casi di corea acuta ad esito favorevole; dall'altro esiste un certo numero di casi di corea cronica stabilitasi nell'età infantile. Si può anzi aggiungere che in una stessa famiglia, che più? nello stesso individuo, si osservarono la corea acuta e la cronica (1). Il fatto che sembra bene dimostrato a questo riguardo si è che, in via generale, più è avanzata l'età nella quale si manifesta la corea,

---

(1) Dutil (comunicazione orale) osservò un caso di corea cronica in un adulto che, nell'infanzia, aveva sofferto parecchi attacchi di corea del Sydenham.

maggiore è il pericolo che corre di passare allo stato di cronicità, così che, dopo i 35 anni, essa sarebbe quasi costantemente cronica.

Dal punto di vista sintomatico, nella maggior parte dei coreici cronici, fu notato che si possono volontariamente arrestare i movimenti, fatto questo non possibile nella corea volgare. Questa differenza però non è essenziale; difatti, tale arresto dei movimenti non è costante nella corea cronica; di più, lo si osserva talvolta nella corea volgare. Riguardo ai disturbi dello *stato mentale*, la differenza fra le due forme sembra dipenda non dall'affezione coreica per sè stessa, ma dall'intensità di una causa comune, dalla degenerazione mentale, o dal terreno sul quale essa decorre.

Il *decorso* della malattia, che ci resta ancora da trattare, non ha per sè stesso un'importanza indiscutibile, se non pella forma, almeno pella natura di ambe le affezioni. La prova di questo fatto sta in ciò che non è raro che dopo qualche recidiva di corea volgare guarita, ne sopravvengano altre sempre più insistenti, identificando così dal punto di vista del decorso, la corea volgare colla cronica.

Insomma, nessuno dei caratteri differenziali preconizzati dai partigiani dell'autonomia della corea cronica ha un valore assoluto e pare quindi confermato, secondo l'opinione di Charcot, che nella corea cronica non si tratta di una malattia speciale, ma di una varietà della corea volgare, non esistendo fra queste due forme nessuna differenza essenziale. In una parola, sia che diventi cronica o si accompagni oppur no ad ereditarietà similare, la corea tardiva rimane sempre corea.

Sintomi. — Nella descrizione del quadro sintomatico della corea cronica potremo essere brevi, perchè esso differisce poco da quello della corea del Sydenham.

L'*inizio* è lento, e quest'affezione si manifesta sia con disturbi motori, sia, ma più di rado, con disturbi dell'intelligenza: questi ultimi consistono in un indebolimento intellettuale — perdita della memoria, difficoltà nel ragionare — che progredisce insensibilmente sino alla demenza.

I *disturbi motori* cominciano generalmente alla *faccia;* talvolta, però, l'attenzione dell'osservatore è richiamata dai disordini dell'*andatura.* I caratteri dei *movimenti coreici* sono presso a poco identici a quelli della corea volgare, ma alquanto più lenti ed un po' meno frequenti. Il più spesso sono generalizzati benchè siansi anche osservate le forme paraplegica, emiplegica, [e monoplegica (S.)].

Diminuiscono nel riposo e scompaiono quasi sempre nel sonno; si esagerano, invece, per le emozioni morali, e quasi sempre possono per influenza della volontà arrestarsi momentaneamente. Lannois dà grande importanza a questo fatto che, secondo lui, differenzierebbe la corea ereditaria dalle altre forme. Contro questo modo di vedere, però, Huet ha fatto notare che, prima di tutto, questo carattere è proprio a tutti i casi di corea cronica, con o senza ereditarietà, e che il fatto dell'influenza inibitoria della volontà sui movimenti coreici si osserva anche nella corea del Sydenham, quando i movimenti non giungono ad un'estrema gravità. Per ultimo, questo arresto dei movimenti non si riferisce che ai muscoli, i quali entrano in giuoco negli atti volontarii da compiere, e non è neppure completo, in questo senso che basta che questi atti esigano una durata alquanto lunga perchè i movimenti coreici ricompaiano. Questo sintomo perde quindi del suo valore diagnostico differenziale. [In un caso di corea cronica, riguardante un ingegnere cinquantenne, i

movimenti coreici, limitati all'arto superiore destro, esacerbantesi ad accessi, ed allora interessanti pure la metà destra del tronco, ho visto i movimenti arrestarsi, sotto l'influenza della volontà, tanto da permettere di scrivere, con una bellissima calligrafia, anche delle pagine, malgrado l'affezione durasse da più di tre anni (S.)].

I movimenti della *faccia*, della *lingua*, della *faringe*, della *laringe*, del *diaframma* determinano dei disordini identici a quelli già descritti; soltanto i muscoli dei *globi oculari* sono d'ordinario immuni. Però, per quanto riguarda i *disturbi della parola*, dobbiamo notare come spesso, nella loro patogenesi, oltre ai movimenti spasmodici dell'apparato vocale, entri pure lo stato di indebolimento intellettuale.

Non vi hanno guari particolarità degne di nota nei movimenti degli *arti* e del *tronco*, che rassomigliano in tutto a quelli della corea volgare e presentano soltanto una varietà maggiore nella loro intensità. Tuttavia l'*andatura* di questi ammalati è forse più spesso disturbata ed in un modo speciale, rassomigliando, come dimostrò King, a quella di un ubbriaco, e la difficoltà della deambulazione aumenta a poco a poco fino ad essere impossibile. L'ammalato fa rapidamente parecchi passi disordinati, si ferma all'improvviso, si slancia di nuovo e riparte gesticolando; spesso la gamba si flette all'improvviso, l'arto è gettato da un lato e la perdita di equilibrio che ne consegue contribuisce a dare all'andatura il carattere dell'ubbriachezza.

La *forza muscolare* è d'ordinario diminuita, pur conservandosi con una certa energia, ed è raro che i muscoli, benchè impiccioliti, siano veramente atrofici.

Normali restano le loro *reazioni elettriche*, come anche l'eccitabilità dei nervi tanto alla corrente faradica quanto alla galvanica. Quasi sempre i *riflessi tendinei* sono esagerati; ma è affatto eccezionale il clono del piede.

La *sensibilità* generale, come la speciale, non presentano alterazioni di sorta.

I disturbi dello *stato mentale* consistono in un indebolimento progressivo dell'intelligenza che talvolta finisce colla demenza assoluta. e si riscontrano nella grandissima maggioranza dei casi, ma non sempre, essendovi degli ammalati che potevano restare molto a lungo coreici, conservando intatte le facoltà intellettuali. Spesso i disturbi si manifestano lentamente, caratterizzati talvolta da tristezza e da preoccupazioni ipocondriache; di poi, a poco a poco, la memoria si ottunde, la facoltà di ragionare si indebolisce. Finalmente l'obnubilazione dell'intelligenza si fa completa e la demenza costituisce l'ultima espressione della depressione mentale.

Durante questo tempo, le funzioni degli apparati della nutrizione si compiono regolarmente e gli sfinteri rimangono normali.

Decorso. Esito. — Il modo di iniziarsi ed il decorso della corea cronica sono lenti ed insidiosi. Per lungo tempo i movimenti involontarii sono poco pronunciati, ma si fanno più ampii in seguito a vive impressioni morali; lo stesso dicasi dei disturbi intellettuali, mentre non vi ha parallelismo di sorta fra lo sviluppo degli uni e quello degli altri. L'affezione dura quindi molto a lungo, da 10 a 30 anni, e per conseguenza permette la vita fino ai 70 ed 80 anni; non compromette infatti l'esistenza che quando si accompagna a disturbi della deglutizione o del respiro. Non si osservarono mai finora casi di guarigione.

Prognosi. — La prognosi è grave, non perchè l'affezione minacci direttamente l'esistenza, ma perchè compromette la vita sociale per l'incapacità del

lavoro che ne consegue. La gravità della prognosi si riferisce anche ai discendenti dei coreici, perchè i loro figli sono minacciati di essere colpiti dalla stessa affezione fino ad un'età relativamente avanzata: a questo proposito si tenga presente che, se un discendente diretto di un coreico non ne cade vittima, i suoi figli ne sono generalmente anch'essi risparmiati.

Diagnosi. — Pochissime sono le malattie che rassomigliano alla corea cronica, e perciò la diagnosi ne è relativamente facile.

La *corea del Sydenham* è più specialmente propria dell'infanzia, mentre la corea cronica è un'affezione dell'età adulta e della vecchiaia. Nei rari casi nei quali la corea cronica si manifesta fin dall'infanzia, il decorso ulteriore dell'affezione soltanto ci permetterà una diagnosi esatta. A questo proposito si tenga presente che la corea del Sydenham decorre spesso con una serie di recidive, in certo modo subentranti, e che potrebbero trarre in inganno; converrà quindi stabilire bene se la corea non sia guarita per un certo tempo, sia esso pur brevissimo, e poi sia ricomparsa. Si potrà pure tener conto, pella diagnosi differenziale, di ciò che nella corea cronica molto spesso la volontà può evidentemente arrestare i movimenti coreici.

Non si potrebbe distinguere altrimenti che dall'anamnesi e dalla conoscenza dell'epoca del primo insorgere della malattia le diverse *varietà della corea cronica*, *ereditaria*, degli adulti, dei vecchi.

L'*emicorea sintomatica* potrebbe, pella sua lunga durata, prestarsi a più facile confusione. Però, si riconoscerà che essa si è iniziata in seguito ad un attacco apoplettico, che sarà nettamente emiplegica, che si accompagnerà ad un'emiplegia o ad un'emianestesia, finalmente si noterà che i movimenti sono appena visibili allo stato di riposo, e non intervengono che quasi esclusivamente durante i movimenti volontarii. Anche in questo caso essi sono meno svariati e meno sconnessi che nella corea cronica.

Ricorderemo soltanto di passaggio la *corea isterica ritmica*, colla quale è impossibile confondere l'affezione che stiamo studiando tanto pella sistematizzazione dei movimenti quanto pella loro comparsa sotto forma di accessi.

Per contro, l'*atetosi doppia* si avvicina molto alla corea, così che, secondo Brissaud, queste due sindromi potrebbero riconoscere un'origine comune e meritare il nome di *atetosi-corea*. Tuttavia, l'atetosi doppia è, d'ordinario, congenita, oppure si manifesta nell'età infantile, si accompagna spesso ad arresto di sviluppo degli arti in preda ai movimenti involontari, i quali sono molto più lenti e meno estesi che nella corea, e, soprattutto, si accompagnano quasi sempre a rigidità dei muscoli, determinando così delle deformità secondarie simili a quelle che seguono al reumatismo nodoso. Aggiungiamo, in ultimo, che i disturbi intellettuali, quando esistono, consistono in uno stato di imbecillità *stazionaria*, e non in un indebolimento *progressivo* dell'intelligenza, come si osserva nella corea. Si tratta di disturbi motorii, se si vuole, ma ai quali crediamo convenga lasciare la loro autonomia distinta.

Anche la *malattia dei tics* può essere scambiata colla corea, benchè la abituale localizzazione facciale degli spasmi del tic costituisca per sè stessa uno dei principali dati differenziali. Ciò non pertanto, alcune volte, nella malattia dei *tics* i movimenti convulsivi sono generalizzati; in tal caso però la loro improvvisa insorgenza, la loro parvenza di movimenti coordinati, il loro ripetersi sempre allo stesso modo, il loro decorso ad accessi, sono altrettanti sintomi che permetteranno di sfuggire all'errore. D'altra parte, lo stato mentale delle due affezioni si presenta sotto un aspetto affatto diverso. Le

ossessioni coscienti, la coprolalia, l'ecolalia, le varie forme di delirio di contatto, comuni a riscontrarsi negli individui affetti da *tics*, non sono affatto paragonabili all'indebolimento intellettuale dei coreici.

I sintomi differenziali fra i movimenti coreici ed i *tremori* e l'*atassia*, che abbiamo già discusso a proposito della corea del Sydenham, si applicano egualmente alla diagnosi differenziale della corea cronica.

Cura. — Quello che abbiamo detto circa l'incurabilità della corea cronica dimostra abbastanza come i varii mezzi terapeutici usati siano seguìti da così pochi successi.

Si tentarono anche il bromuro, i preparati arsenicali, l'antipirina, i marziali *internamente*, l'idroterapia e la franklinizzazione come cura *esterna*. Si proposero le punte di fuoco e lo *stypage* della colonna vertebrale, e finalmente la sospensione col metodo di Sayre.

Malgrado gli insuccessi, si sarà autorizzati a tentare l'uso degli antispasmodici, quali il bromuro ed il cloralio, l'antipirina, la quale ultima sembra attiva nei casi di corea acuta, e, finalmente, le rivulsioni sulla nuca sotto forma di tintura di jodio o di punte di fuoco, consigliate da Huet. Biernacki crede che gli insuccessi terapeutici dipendano dal fatto che la cura non comincia in generale che molto tempo dopo l'inizio della malattia e, per conto suo, ebbe in un caso buon successo dalla cura arsenicale.

In via profilattica converrà raccomandare ai bambini coreici di evitare qualsiasi eccitamento del sistema nervoso, e di attenersi a prescrizioni igieniche severe, affine di lottare, per quanto è possibile, contro la predisposizione a tale malattia.

B. — Pseudo-corea elettrica — Mioclonia.

Contrazioni cloniche brusche, simili a quelle provocate da una scarica elettrica, contrazioni involontarie, non sistematizzate, più o meno circoscritte o diffuse, che si ripetono senza ritmo, ad intervalli variabili, tali sono i caratteri principali e comuni delle coree elettriche.

Un'affezione simile a questa per certi caratteri clinici, ma affatto da essa distinta per altri, venne già da tempo descritta da Dubini (1); e, dopo lui, molti altri osservatori, specialmente italiani, ne parlarono sotto il nome di corea del Dubini. Questa malattia, molto rara ed ancora poco ben determinata riguardo alla sua natura, sembra ripetere la sua causa in lesioni organiche del sistema nervoso e spesso ha esito mortale. Per questi fatti capitali che la differenziano nettamente dalle altre varietà del gruppo, crediamo opportuno studiarla a parte, separando da essa le altre forme che riuniamo invece sotto il nome di *Mioclonia*.

Una prima varietà, la *corea elettrica*, già intravvista da Paget (2), fu resa autonoma da Bergeron (3) e da Hénoch (4), per cui prese il nome di *corea elettrica di Hénoch-Bergeron*. Più tardi, nel 1882, Friedreich (5) descrisse una

(1) Dubini, *Giorn. di Milano* e *Gazz. medica*, 1846.
(2) Paget, *Journ. de Méd. et de Chir. d'Édimbourg*, 1847.
(3) Bergeron, Thèse de Berland, Parigi 1880.
(4) Hénoch, *Berl. klin. Woch.*, 1883.
(5) Friedreich, *Virchow's Archiv*, LXXXVI, pag. 421.

nuova entità morbosa, alla quale diede il nome di *paramyoclonus multiplex*. Remak non credette esistessero differenze ben chiare fra la malattia di Hénoch e quella di Friedreich. Seeligmüller le ritenne identiche l'una all'altra e Schültze non vi trovò che differenze di grado. La corea elettrica è più specialmente propria dell'infanzia, il paramioclono dell'età adulta. Finalmente, Vanlair (1) propose di comprendere sotto il nome di mioclonia " tutti gli stati morbosi più o meno duraturi caratterizzati da contrazioni involontarie, improvvise, incoordinate, che si succedono rapidamente, ritmiche od aritmiche, che determinano oppure non un movimento dell'arto intero, si manifestano sempre nello stesso posto e sono dovute all'alternarsi della contrazione col rilasciamento di dati gruppi muscolari „.

Secondo questo autore, nella mioclonia si dovrebbero distinguere delle varietà, fondandosi solo sui caratteri dei movimenti: stasici od astasici (con o senza locomozione della parte), ritmici od aritmici, diffusi o circoscritti, esterni od interni; finalmente sulla localizzazione del disturbo motore: mioclonia facciale, diclonia, emiclonia, mioclonia alterna, paramioclonia.

Così pure Ziehen (2) crede che bisognerebbe includere sotto il nome di *mioclonia* il paramyoclonus, la corea elettrica, la malattia dei tics.

Più recentemente venne descritta da Morvan (3) una nuova varietà di corea elettrica, che questo autore chiamò *corea fibrillare*. Pei suoi sintomi, come d'altra parte fa notare lo stesso autore, tale affezione si avvicina tanto al paramioclono che la si può identificare ad esso. [Lo stesso dicasi della forma descritta qualche anno prima (1887) da Feletti (S.)].

Così certi autori tendono a negare a queste diverse forme il valore di entità morbose. Farges (4) dice che il paramioclono, come la corea di Morvan o la corea elettrica, non costituiscono entità morbose a sè, ma soltanto manifestazioni di uno stesso complesso sintomatico, della stessa sindrome, della mioclonia, comune a parecchie affezioni. Colleville (5) è della stessa opinione, e nell'illustrare un caso, nel quale ebbe a notare il succedersi nello stesso soggetto delle apparenze sintomatiche, simili a queste diverse varietà di contrazioni muscolari, esprime l'idea " che potrebbesi alleggerire il quadro delle affezioni nervose *speciali* alla sindrome di Friedreich e di Morvan, sindrome che non costituisce altro che una manifestazione clinica particolare di un perturbamento dinamico o di un'alterazione funzionale delle cellule delle corna anteriori, e più generalmente delle cellule motrici di tutto l'apparato cerebrospinale „.

A nostro avviso, la *malattia dei tics*, — mioclonia a scosse sistematizzate, che si accompagna quasi sempre con delle stimmate mentali, a decorso cronico ed incurabile, — deve essere tolta dal quadro della corea elettrica; e così pure pelle ragioni che abbiamo più sopra detto ne va distinta la corea del Dubini. Eliminate queste due affezioni, ci pare che tutte le altre che passano sotto il nome di *corea elettrica* di Bergeron, di *paramyoclonus multiplex* di Friedreich, di *corea fibrillare* di Morvan non debbano essere considerate come

---

(1) VANLAIR, Des myoclonies rythmiques; *Revue de Méd.*, 1889.

(2) ZIEHEN, Ueber Myoclonus und Myoclonie; *Arch. f. Psych.*, vol. XIX, pag. 465.

(3) MORVAN, De la chorée fibrillaire; *Gaz. hebdom.*, aprile 1890.

(4) FARGES, Le Syndrome de Friedreich et de Morvan, Myoclonie; *Gaz. hebdom.*, giugno 1890, n. 25, pag. 294.

(5) COLLEVILLE, Syndrome de Friedreich et de Morvan devant la chorée; *Gazette hebdomadaire*, 4 ottobre 1890, n. 40, pag. 474.

altrettante entità morbose; esse non rappresentano che le modalità di un'affezione nervosa, alla quale conviene mantenere il nome di *mioclonia*, il cui tipo corrisponde all'affezione descritta da Friedreich.

I. — Paramyoclonus multiplex (di Friedreich).

Bibliografia. — Friedreich, Paramyoclonus multiplex; *Virchow's Arch.*, vol. LXXXVI, 1881. — Löwenfeld, Ein weiterer Fall von Paramyoclonus multiplex; *Aertzlicher Intelligentzblatt*, Monaco, n. 15, 1883. — Remak, Myoclonus multiplex; *Arch. f. Psych.*, vol. XV, 1884. — Marie, Paramyoclonus multiplex; *Progrès médical*, nn. 8 e 12, 1886. — Homen, *Archives de Neurologie*, n. 38, 1887. — Manquat e Grasset, *Bulletin médical*, 1888. — Ricklin, *Gazette méd. de Paris*, 1888. — Vanlair, *Revue de Méd.*, nn. 2 e 3, 1889. — Popoff, *Medizin. Beitr.*, *Morskoï skornik*, n. 16, 1886. — Bechterew, Paramyoclonus multiplex; *Arch. f. Psych.*, vol. XIX, 1887. — Kowalewsky, Paramyoclonus multiplex; *Arch. f. Psych.*, vol. 4, 1887. — Ribalkine, Paramyoclonus multiplex; *St.-Petersb. psych. Gesellsch.*, 1887. — Seeligmüller, *Deutsche med. Wochenschrift*, n. 52, 1887. — Kny, Ueber ein dem Paramyoclonus multiplex nahestehendes Krankheitsbild; *Arch. f. Psych.*, vol. XIX, 1888. — Marina, Ueber Paramyoclonus multiplex und idiopatische Muskelkrämpe; *Arch. f. Psych.*, vol. XIX, pag. 684, 1888. — Stewart, Paramyoclonus multiplex; *Brit. med. Journ.*, pag. 426, 1888. — Allen Starr, *Journal of nervous and mental diseases*, 1889. — Bennet, Case in which attacks of intermittent tonic muscular spasms.., citato da Resti. — Spitzka, *Journal of nervous and mental dis.*, nn. 7 e 10, 1887. — Francotte, *Annales de la Soc. méd.-chir. de Liège*, X, 1887. — Testi, Storia di un caso singolarissimo di spasmo; *Giorn. di Neuropatol.*, fasc. 3 e 4, 1886. — Brignone, *Riforma medica*, n. 192, 1888. — Silvestrini, *Medicina contemporanea*, 1886 — Venturi, *Giorn. di Neuropatol.*, 1887. — Feletti, Un caso di paramioclono fibrillare; *Giorn. di Neuropatol.*, 1887. — Rubino, *Riforma medica*, 1887. — Seppilli, *Rev. sperim. freniatr. e med. legale*, 1887. — Lembo, *Giorn. di Neurop.*, 1887. — Moretti, *Riv. clinica di Bologna*, 1888. — Faldella, *Rev. freniatr. e med. legale*, 1888. — Lemoine e Lemaire, Étude clinique du paramyoclonus multiplex; *Rev. de Méd.*, dicembre 1889, gennaio 1890. — Giampietro, *Rivista clinica e terapeutica*, 1890. — Lemoine, *Revue de Médecine*, novembre 1892. — Tambroni e Pieraccini, Un caso di paramioclono multiplo e atrofia muscolare progressiva; *Ann. di Neurol.*, anno X, fasc. I, II, III, 1892. — D. Massaro, Un caso di paramioclono multiplo; *Il Pisani*, ottobre 1892.

Storia. — Friedreich, pel primo, descrisse, nel 1881, quest'affezione caratterizzata da contrazioni cloniche rapide ed affatto particolari dei muscoli. Siccome le aveva osservate sopravvenire in seguito ad uno spavento, così paragonò questa malattia alle *Schreckneurosen*, pur avendola distinta col nome di *paramyoclonus*, perchè, diceva, il termine paraplegia risveglia nella mente l'idea di bilateralità. Poco tempo dopo, Löwenfeld ne pubblicò un caso e tentò di sostituire il termine *myoclonus multiplex spinalis* al nome proposto da Friedreich a quest'affezione. Anche Remak presentò, ben tosto, di simili casi alla Società di Psichiatria.

La prima pubblicazione sul paramioclono comparsa in Francia è dovuta a P. Marie, ed essa concerne un caso studiato nel 1886 nel riparto diretto da Charcot. I lavori su quest'argomento non tardarono a moltiplicarsi, e fra quanti se ne occuparono basterà citare: in *Francia* Homén, Manquat e Grasset, Ricklin, Vanlair; in *Russia* Popoff, Bechterew, Kowalewsky, Ribalkine; in *Germania* Kny, Seeligmüller, Marina; in *America* Allen Starr, Spitzka; in *Inghilterra* Stewart, Bennett; nel *Belgio* Francotte; finalmente, in *Italia*, Testi, Brignone, Silvestrini, Venturi, Feletti, Rubino, Seppilli, Lembo, Moretti, Faldella, ecc.

Nel 1889-90 Lemoine e Lemaire pubblicarono nella *Revue de Médecine* una Memoria molto importante sul paramioclono; questi autori, fondandosi sulla maggior parte dei casi succitati e su loro osservazioni personali, espongono

lo stato attuale delle nostre cognizioni su questa malattia e si mostrano disposti a considerarla come una neurosi dipendente dalla neurastenia. Dopo questo dobbiamo citare ancora: un lavoro di Giampietro, un altro caso illustrato da Lemoine, un caso di Tambroni e Pieraccini, nel quale il paramioclono fu seguìto da atrofia muscolare, e, finalmente, una breve monografia di Domenico Massaro, [nonchè un importante lavoro di H. Unverricht (*a*) (S.)].

Eziologia. — Sono poco note le cause di quest'affezione, ed a tale riguardo nessuna circostanza particolare si è ancora imposta all'attenzione degli osservatori pella sua costanza.

Quanto alle *predisposizioni*, l'*ereditarietà* sembra fuori di dubbio, potendosi trovarla nella maggior parte dei casi, sia sotto forma di nevrosi, come l'isterismo e l'epilessia nei genitori, o di organopatie, quali la paralisi generale. Il *sesso* non pare abbia grande influenza, per quanto tale malattia siasi osservata con maggiore frequenza negli uomini che nelle donne (20 uomini contro 8 donne). L'affezione si manifesta di preferenza nell'*età matura*, pur essendosene descritti dei casi in bambini. Un'osservazione di Seeligmüller concerne un bambino di 5 anni, e questo autore concluse perciò pella natura congenita dell'affezione che chiamò *myospasia congenita*. Quest'ultimo carattere è ben lungi dall'essere dimostrato, benchè Gucci ne abbia descritto un caso; ma nel maggior numero delle osservazioni, l'affezione sembra acquisita.

Qualche volta non si potè trovare altra causa *occasionale* che lo *strapazzo*, la *fatica*. la *miseria;* ma, il più sovente, il paramioclono si manifesta in seguito ad un'*emozione morale*. I *raffreddamenti*, i traumi, associati o non a spavento, possono anch'essi determinare lo scoppio degli spasmi muscolari.

Sintomi. — Questa malattia esordisce talvolta in modo insidioso, ma il più spesso bruscamente in seguito ad un'emozione o per qualunque delle altre cause surriferite.

Essa è essenzialmente caratterizzata da disturbi della *motilità*, consistenti in contrazioni muscolari cloniche, che dapprima invadono i muscoli degli arti inferiori e poi si generalizzano, rispettando, in generale, i muscoli della faccia e, quasi sempre, quelli della vita di relazione.

Queste convulsioni affettano subitaneamente uno o più muscoli, che si contraggono, per poi immediatamente rilasciarsi. Si manifestano senza cause apprezzabili, sono istantanee ed involontarie. La loro varietà è tale che qualche volta non determinano delle oscillazioni estese, talora anzi non fanno quasi nemmeno muovere l'arto che ne è affetto.

Secondo Lemoine, esse possono assumere quattro tipi: *clonico*, *tonico*, *tetanico* e *fibrillare*, benchè il tipo clonico sia di gran lunga il più frequente. Le convulsioni di questo ultimo tipo hanno i caratteri che abbiamo già sopra ricordato. Le contrazioni *toniche* durano più a lungo e sono più ampie, carattere questo che le differenzia dalle precedenti. Alcune serie sono divise da intervalli così brevi che assumono una parvenza *tetanica*.

Riguardo alle contrazioni *fibrillari*, queste non colpiscono il muscolo nella sua totalità, ma specialmente le sue fibre ed i suoi fascî, di modo che assomigliano molto al tremito fibrillare delle atrofie muscolari di origine mielopatica. La corea fibrillare descritta da [Feletti e da] Morvan, e che studieremo più oltre, è caratterizzata appunto dal predominio di tali contrazioni.

(*a*) Die Myoclonie, Leipzig und Wien, Fr. Deuticke, Verl., 1891.

Tutt'al più, ogniqualvolta predomina lo spasmo di un dato tipo, ne risulta pure una varietà particolare. Quasi sempre, si osservano contemporaneamente le varie specie di contrazioni con predominio degli spasmi clonici.

Le convulsioni sono ordinariamente bilaterali e, quando affettano muscoli simmetrici, non si manifestano contemporaneamente nei muscoli corrispondenti delle due metà del corpo; la simultaneità non è che apparente. Di più, la simmetria per sè stessa non è di regola, benchè la si riscontri nella maggior parte dei casi.

Salvo casi eccezionalissimi, le contrazioni sono molto irregolari, ineguali ed aritmiche, variabilissime per numero. Talvolta si moltiplicano e si avvicinano in modo da determinare una continua agitazione, tal'altra procedono a brevi accessi, separati l'uno dall'altro da periodi di calma della durata di un quarto d'ora a mezz'ora. Secondo certi autori, ad esempio, possiamo contare dai 60 ai 100 movimenti al minuto. Di più questo numero varia non soltanto a seconda degli individui, ma anche secondo i singoli muscoli dello stesso soggetto, i muscoli cioè di certe regioni si contraggono con maggior frequenza di quelli di altre.

Nemmeno l'intensità delle contrazioni ha limiti ben definiti. Talvolta la contrazione non riesce a spostare un arto, altre volte determina un cambiamento di posizione appena percettibile. In altri casi, invece, produce dei grandi spostamenti, ed a questo riguardo pare che esista un rapporto proporzionale diretto fra la frequenza e l'intensità delle contrazioni.

Le contrazioni sono soggette a varie influenze. L'essere esse soggette alla *volontà*, che può per un momento sospenderle, era già stato ritenuto come carattere patognomonico. È certo che in ogni caso l'ammalato può arrestare il movimento coreico, ma non si tratta che di un arresto temporaneo. Così pure i *movimenti volontarii* fanno cessare immediatamente le contrazioni nei muscoli che prendono parte a questi movimenti. Ed anche questa può ritenersi come regola assoluta, essendo molto rare le eccezioni ad essa. Ne viene, quindi, che i movimenti rimangono coordinati ed il soggetto può accudire a varie occupazioni. Però, l'azione inibitrice dei movimenti volontarii è essa pure passeggera; ma, ciò non pertanto, è questo uno dei sintomi più preziosi pella diagnosi del paramioclono. Anche il *sonno* fa cessare le contrazioni involontarie, e perciò è, in generale, tranquillo; però furono descritti dei casi, nei quali queste intervenivano all'improvviso di notte e svegliavano l'ammalato.

Vi hanno altre cause che, invece di inibire, esagerano le contrazioni involontarie, anzi sono capaci di provocarle. Così, per es., esse sono sempre aumentate dalle *emozioni*. Varii eccitamenti periferici possono risvegliarle immediatamente: in prima linea sta la *percussione dei tendini*, specialmente quella del rotuleo, quella dei muscoli, che è subito seguìta dalla loro contrazione, il solletico, i pizzichi, le punture, l'elettrizzazione della pelle e, specialmente, l'applicazione di un corpo freddo sulla superficie cutanea.

La *localizzazione* delle contrazioni è varia, e, secondo che esse affettano i varii arti od il tronco, ne risultano particolari deformità, come pure disturbi funzionali. Il più spesso ne sono colpiti pei primi gli arti inferiori, e se i movimenti abnormi si vanno poi progressivamente estendendo, quelli ne restano affetti sempre più gravemente. Talvolta cominciano ad esserne colpiti gli *arti superiori*. Capita anche di osservare la distribuzione *emiplegica* delle contrazioni, almeno per un certo tempo. Abbiamo già detto che l'*integrità* della faccia è tutt'altro che costante, contro l'opinione di Friedreich.

Sotto l'influenza delle convulsioni la *testa* si muove bruscamente da destra a sinistra e dall'avanti in addietro, come nei gesti di negazione e di affermazione. Alla faccia, sono le labbra che si vedono in preda a maggiore agitazione; esse vengono tirate in alto ed in basso, dando alla fisionomia le espressioni più svariate. Le palpebre ed i bulbi oculari sono anch'essi agitati. Possiamo pure vedere la mandibola inferiore chiudersi improvvisamente o presentare dei movimenti orizzontali. La *lingua* è abbastanza di rado affetta da contrazioni muscolari, che, quando avvengono, determinano disturbi della parola, la cui articolazione è immediatamente interrotta.

I movimenti degli *arti superiori* sono svariatissimi: estensione, flessione, abduzione delle braccia, supinazione, pronazione degli avambracci, flessione ed estensione delle dita; tali sono le attitudini che ordinariamente si osservano succedersi e talvolta sono così pronunciate da ostacolare l'esercizio della professione dell'infermo.

Agli *arti inferiori* si osservano le stesse contrazioni, le quali, però, vi determinano delle variazioni di posizione meno imponenti. Esse cessano, ad esempio, nella deambulazione, tanto da non ostacolarla per un certo tempo. Spesso, però, le contrazioni persistono e la impediscono, così che la deambulazione diventa incerta, come quella di un ubbriaco. Solo in via eccezionale, si osservò l'aggravarsi delle convulsioni nella deambulazione e tale da impedirla (Homén). Non vi ha, quindi, nulla di assoluto nella conservazione della facoltà locomotrice.

Al *tronco* i movimenti sono, relativamente, più rari. Essi consistono in sollevamenti delle spalle ed in attitudini che ricordano quelle dell'opistotono, del pleurostotono, ecc.

I *muscoli della vita organica* partecipano anch'essi, in qualche caso, al disordine motorio, e, quando esistono, si manifestano con disturbi della deglutizione, se affettano i muscoli della faringe, del respiro, se vi hanno contrazioni dei muscoli della laringe o del diaframma. In questi casi si notarono rumori respiratorii e singhiozzo. Si osservarono anche irregolarità del polso e cardiopalmo riferibili ad anormali contrazioni cardiache.

I muscoli affetti conservano la loro *forza* dinamometrica, e non presentano alterazioni nelle loro reazioni elettriche. Tuttavia gli eccitamenti elettrici diretti esagerano le contrazioni spasmodiche.

I *riflessi tendinei* in generale, ed i *rotulei* in particolare, sono quasi sempre forti, se non proprio esagerati. Non si osservò il clono del piede.

La *sensibilità* è poco lesa nel paramioclono; le contrazioni muscolari non sono dolorose per sè stesse, benchè possano provocare un certo senso di stanchezza. In alcuni casi, gli ammalati accusano dolori variabili pella loro natura e pella loro intensità — dal semplice senso di formicolio al dolore contusivo — negli arti e nelle varie regioni. La sensibilità *obbiettiva*, la sensibilità *speciale* sono in ogni caso rispettate.

L'*intelligenza* è normale; in casi rarissimi si osservarono incubi, confusione delle idee ed indebolimento della memoria. All'infuori dei disturbi dovuti ai disordini della motilità già descritti, gli *apparati della vita organica* restano immuni.

Decorso. Durata. Esiti. — Eccetto i casi nei quali le contrazioni muscolari compaiono improvvisamente in seguito ad uno spavento, l'inizio di quest'affezione è subdolo. Dapprima sono movimenti rari involontarii, che si fanno solo durante lo stato di riposo, poi le contrazioni aumentano di numero. Il

decorso della malattia è progressivo, e questa, arrivata al periodo di stato, dura molto a lungo. L'esito più frequente è il miglioramento (9 casi su 28) ed anche la guarigione (9 casi su 28). Frequentissime però sono le recidive. Benchè, come fa notare Lemoine, la *prognosi* non possa ancora essere stabilita su dati precisi, pure, nella maggior parte dei casi, come si vede, sembra favorevole.

Diagnosi. — Benchè questa distinzione sia tentata da parecchi autori, tuttavia non ci sembra possibile differenziare il paramioclono dalla *corea elettrica di Bergeron*. Fra queste due forme non esisterebbero che differenze di grado: l'incoordinazione, la rapidità, la generalizzazione, la forma delle contrazioni sono, infatti, identiche in ambo i casi. Si disse che nel paramioclono le contrazioni sono irregolari ed aritmiche, mentre nella corea elettrica sarebbero piuttosto ritmiche; ma possediamo noi con ciò un elemento sufficiente pella diagnosi differenziale?

Il paramioclono deve piuttosto essere differenziato dalla *malattia dei tics convulsivi*, nel senso di Charcot e quale venne descritta da Gilles de la Tourette e Guinon. I caratteri principali pella diagnosi differenziale sono costituiti da ciò che le contrazioni della malattia dei tics sono coordinate e rappresentano dei movimenti sistematizzati mentre, invece, quelle del paramioclono sono affatto incoordinate. Di più, le contrazioni dei tics non sono influenzabili dalle azioni eccitanti ed inibitorie a cui sono soggette quelle del paramioclono.

Oltre questi dati principali si può ancora notare che la malattia dei tics affetta specialmente la faccia, la quale è spesso rispettata nel paramioclono e, finalmente, che questo non si accompagna a disturbi mentali, quali si osservano di regola negli individui affetti da tic. Questi ultimi caratteri sono insufficienti, perchè non costanti, ma non perciò riusciranno meno utili pella diagnosi in molti casi.

Patogenesi. Natura. — Il reperto della sola autopsia che venne fatta (ammalato di Friedreich sezionato da Schultze) fu negativo e perciò non possiamo che fare delle ipotesi circa la natura del paramioclono.

Secondo certi autori, si tratterebbe d'una alterazione funzionale delle cellule motrici delle corna anteriori.

Affatto di recente, Tambroni e Pieraccini, avendo osservato in un idiota, l'uno dopo l'altro, dei sintomi di paramioclono, seguìto da atrofia muscolare progressiva, credono avere in ciò trovato la dimostrazione di quest'ipotesi. Le cellule, dapprima soltanto irritate (paramioclono), in seguito degenererebbero (atrofia muscolare). La lesione, dinamica in sul principio, sarebbe diventata organica.

Questo modo di vedere fu sostenuto da Vanlair, del quale riferiremo le idee circa l'alterazione causale ed il meccanismo della malattia. Secondo questo autore, la sede della lesione determinante il paramioclono sarebbe riposta specialmente nell'asse bulbo-midollare, pur non essendovi affatto estraneo anche il cervello. Resta però a dimostrare se tale lesione spasmogena sia localizzata in uno solo od in parecchi segmenti particolari dell'asse nervoso e, nel caso affermativo, quale sia il punto che essa affetta.

Riguardo al cervello, tutto fa supporre che la sede ne sia lo strato corticale, essendo esso il solo che, leso sperimentalmente, può determinare movimenti di tal natura. Riguardo all'asse spino-midollare, pare che nessun segmento di esso ne resti immune, perchè i movimenti convulsivi sono generalizzati.

Però la lesione ha una certa preferenza pei rigonfiamenti giacchè gli arti ne sono più colpiti che il tronco. Anzi, possiamo dire che in questi rigonfiamenti sono lesi i centri proprii a ciascun muscolo piuttosto che quelli di coordinazione.

Per quanto poi concerne il meccanesimo dei movimenti, Friedreich, seguendo l'opinione di Hoffmann, credeva si trattasse soltanto di scariche dovute ad irritazione eccessiva delle cellule motrici. Ma, come spiegare allora il fatto che gli eccitamenti gravi arrestano gli spasmi, mentre i deboli li eccitano? Vanlair e Masius proposero un'interpretazione fondata sulla teoria dell'inibizione. I muscoli antagonisti sono innervati da due gruppi di ganglii che esercitano l'uno sull'altro un'azione inibitoria. Se l'irritazione è debole, entra in funzione uno soltanto dei due gruppi ganglionari; se, invece, quella è forte, entra in azione anche il secondo gruppo ed inibisce la funzione del primo. Così si spiegherebbe la forma delle contrazioni coll'azione di questi due gruppi dinamogeni ed inibitori. L'eccitazione del primo tenderebbe a produrre una contrazione valida, l'intervento del secondo la inibirebbe.

Anche il posto che deve assegnarsi al paramioclono nel quadro nosologico è ancora controverso. Alcuni autori, con Lemoine e Lemaire, ne fanno una neurosi dipendente dalla neurastenia; altri, considerando l'influenza patogenetica delle emozioni e dei traumi, tendono ad assimilarla all'isterismo. Vi hanno, finalmente, altri che la avvicinano alla malattia dei tics, considerandola come un termine di passaggio fra questa e la corea.

Secondo noi, e ne abbiamo già esposte le ragioni, il paramioclono è il tipo di un gruppo di affezioni morbose, la mioclonia, classificabile fra le nevrosi motrici, accanto alla corea, alla malattia dei tics, colle quali però non potrebbe essere confusa.

Cura. — La cura abituale delle neurosi, l'idroterapia, non pare sortisca buoni effetti nel paramioclono. Secondo la maggior parte degli autori, le doccie tiepide o fredde, come pure i bagni, sarebbero controindicati.

La cura esterna più in uso è costituita da applicazioni galvaniche. I buoni effetti che si ebbero da questa cura in molti casi fecero anzi ritenere l'influenza terapeutica della galvanizzazione come uno dei dati pella diagnosi differenziale. Ma tale risultato non è costante. Uno degli elettrodi verrà applicato alla spina e l'altro si farà scorrere sugli arti in preda alle contrazioni muscolari.

Furono proposti anche molti medicamenti, ma pochi corrisposero alle speranze fondate su di essi: l'alcool, il valerianato di zinco, l'eserina ed il solfato di atropina per iniezioni sottocutanee sono quasi abbandonati. I bromuri pare non abbiano un effetto dimostrabile. Oltre alla ioscina, di efficacia non dubbia, ma sostanza di maneggio pericolosissimo, la cocaina, proposta da Vanlair, avrebbe una vera azione sul processo morboso che stiamo studiando. La si userebbe metodicamente a dosi estremamente piccole per iniezioni ipodermiche.

Lemoine consiglia di tentare l'antipirina ed i suoi derivati già in uso nella cura della corea.

Non si trascurerà di combattere la debolezza generale così comune a riscontrarsi in tali soggetti con tonici appropriati.

II. — Corea di Bergeron.

Bibliografia. — Bergeron, in Thèse de Berland, Paris 1880. — Guertin, Thèse de Paris, 1881. — Hénoch, *Berl. klin. Wochenschrift*, 1883. — Tordeus, De l'électrolepsie; *Journ. de Bruxelles*, 1883. — Lannois, Thèse d'agrégation, Parigi 1886. — Pott, Ueber einen Fall von Chorea electrica; *Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 9, 1890. — Bouveret e Curtillet, Un cas de myoclonie (chorée électrique de Bergeron); *Lyon médical*, 19 settembre 1890, pag. 213. — Massalongo, Corea elettrica o mioclonia elettroide d'origine gastrica; *La Riforma medica*, 20 agosto 1892, n. 190, pag. 471.

Il primo lavoro nel quale si trovano descritti i caratteri di quest'affezione è la tesi di Berland fatta nel 1880 sotto l'ispirazione di Bergeron. Varii altri lavori comparvero in seguito su quest'argomento, la tesi di Guertin, la Memoria di Tordeus. Hénoch ne riprese lo studio molto ampiamente, nel 1883, donde il nome di corea di Bergeron-Hénoch, che le viene attribuito da alcuni autori. Oltre ai casi isolati, relativamente numerosi, pubblicati, ricorderemo una Memoria di Massalongo il quale crede che la corea di Bergeron non costituisca che una varietà del paramioclono e sostiene l'origine gastrica di quest'affezione, già supposta da Joffroy.

Sappiamo pochissimo circa le cause della corea di Bergeron. Ne vengono colpiti specialmente i bambini e, il più spesso, fra i 7 ed i 14 anni; non sembra che siavi preferenza pei maschi piuttosto che pelle femmine.

Quali cause predisponenti si invocarono: l'ereditarietà nervosa e la cloroanemia. Nel maggior numero dei casi lo sviluppo della malattia pare debba ripetere la sua origine da uno spavento, da un'emozione morale viva e molesta.

Già Joffroy credeva ragionevole riferire le convulsioni a disturbi gastrici, paragonandole agli accidenti tetaniformi descritti nell'ectasia dello stomaco da Bouchard, Kussmaul e Hanot. Ricerche più recenti, i lavori di Brieger, e specialmente quelli di Bouveret e Devic (1), diedero un fondamento più solido a questa teoria che fu sostenuta di poi da Massalongo. Secondo questo autore, esisterebbe una varietà di corea elettrica che equivarrebbe alle manifestazioni di un sistema nervoso alterato da sostanze tossiche di origine gastrica, così che la cura dell'affezione dello stomaco agirebbe anche sui sintomi convulsivi.

La corea di Bergeron si manifesta *all'improvviso* ed arriva presto al suo *maximum* d'intensità. Consiste in iscosse muscolari brusche e rapide " che sembrano l'effetto di una scarica elettrica ripetuta ritmicamente ad intervalli brevissimi o di più minuti ". Queste scosse, malgrado la loro intensità, non impediscono i movimenti volontarii. Esse sono involontarie, anzi sembra si esagerino non appena il piccolo ammalato tenta ostacolarle. Scompaiono affatto nel sonno. Non affettano alcuna simmetria nelle parti del corpo che ne sono colpite, talvolta però riesce di osservare un certo ritmo nel loro ripetersi.

Riguardo al loro modo di *ripartizione*, possono essere localizzate alla testa ed agli arti; ma più spesso sono generalizzate. Alla testa le contrazioni determinano dei bruschi movimenti d'insieme, estensione o flessione. Al tronco si osserva una rapida inclinazione in avanti od all'indietro: le spalle si sollevano e si abbassano in un momento, di poi le braccia si avvicinano e si allontanano

---

(1) Bouveret e Devic, Tétanie d'origine gastrique; *Revue de Méd.*, 1892, nn. 1 e 2.

dal tronco. Le scosse sono così vive e frequenti che, il più spesso, il soggetto deve rinunciare a qualsiasi occupazione. Talvolta determinano dei veri accessi convulsivi, nell'intervallo dei quali si ha una calma relativa. Anche i muscoli respiratorii possono partecipare alle convulsioni e ne risultano dei rumori involontarii e talvolta delle specie di eruttazioni. I movimenti vengono esagerati da emozioni di qualsiasi natura.

In un ammalato di Joffroy la compressione del nervo facciale faceva cessare le convulsioni della faccia.

Esse non si accompagnano a disturbi di sorta. La forza dinamometrica, le reazioni elettriche dei muscoli sono normali. La sensibilità cutanea resta anche essa normale. Talvolta lo stato mentale viene alquanto affetto e si osserva d'ordinario tristezza od angoscia nei momenti degli accessi. I varii apparati non presentano alterazioni a meno di una possibile — e la si dovrà ricercare — ectasia del ventricolo, causa, secondo certi autori, dell'autointossicazione che determina la malattia.

Il decorso di quest'affezione è in generale rapido, ed essa passa sempre a guarigione, che talvolta segue immediatamente alla ingestione di un vomitivo. In ogni caso si dovrà sempre curare lo stomaco, perchè dalla cura di questo organo si ebbero delle guarigioni stabili.

III. — Corea fibrillare (di Morvan).

" Questa malattia è caratterizzata da contrazioni fibrillari che si manifestano dapprima ai polpacci ed alla parte posteriore delle coscie e che possono poi estendersi ai muscoli del tronco ed anche ad uno degli arti superiori, rispettando però sempre quelli del collo e della faccia ". Tale è la descrizione data da Morvan di quest'affezione che propone di chiamare *corea fibrillare.* [Un caso simile venne descritto tre anni prima da Feletti, che lo interpretò come una varietà di paramioclono, opinione ora generalmente accettata (S.)].

La corea fibrillare sarebbe una malattia dell'adolescenza (dai 16 ai 22 anni), la maggior parte degli individui affetti sono maschi. In certi casi, la si potè attribuire a fatiche, ad un lavoro eccessivo. Fra gli antecedenti si osservarono una volta la corea, due degli antecedenti nervosi ereditarii.

Secondo Morvan, la corea fibrillare consiste in una lesione del corno anteriore della sostanza grigia del midollo, la quale ordinariamente non interessa che la porzione corrispondente all'origine dello sciatico. Essa, però, può diffondersi a tutta l'altezza del cordone anteriore. Limitata dapprima alle colonne delle cellule motrici, non sempre resta ad esse circoscritta: la si vede allora approfondirsi, colpire i centri eccitatori del sudore ed acceleratori del cuore, ed, arrivando al cordone intermedio-laterale, interessare il centro vasomotore. Data la curabilità di quest'affezione non si tratta di sclerosi, ma di un semplice stato irritativo con o senza congestione.

Le contrazioni fibrillari hanno la particolarità di cessare non appena i muscoli entrano in contrazione volontaria, e di non ostacolare i movimenti dell'arto. Generalmente, non affettano tutto il muscolo, ma solo una parte di esso (contrazioni fascicolari). Esse determinano soltanto degli ingrossamenti nei muscoli lunghi, e semplici scosse o sussulti nei muscoli larghi, le quali scosse, irregolari, frequenti, molteplici, possono, al massimo, dar luogo a qualche sussulto delle dita, ma, il più spesso, non provocano nè tremiti, nè

considerevoli spostamenti. Così non ostacolano affatto i movimenti volontarii che sono liberi, senza dolori, nè difficoltà.

In sul principio, le contrazioni affettano i muscoli dei polpacci e delle coscie e poi si diffondono a quelli del tronco e degli arti superiori, rispettando però sempre il collo e la faccia.

Non si accompagnano a disturbi della sensibilità nè a disturbi generali o dei varii apparati organici. Qualche volta si osservò iperidrosi, o tumefazione delle estremità accompagnata da rossore.

L'affezione passa a guarigione, ma frequentemente recidiva.

L'autore si fondava sui seguenti caratteri per differenziare la corea fibrillare dal paramioclono, affezioni ambedue che si rassomigliano in quanto le convulsioni possono colpire tutti i muscoli fuorchè quelli della faccia e del collo, e cessano nei muscoli, che ne sono affetti, non appena entrano in contrazione volontaria. Nella corea fibrillare in sul principio la contrazione non interessa che gli elementi del muscolo, fibre o fasci di fibre muscolari, mentre nel paramioclono la contrazione si diffonde a tutto il muscolo in massa. In secondo luogo, nella corea fibrillare, la convulsione non determina nè tremito, nè spostamento di sorta, mentre nel paramioclono è seguìta da movimento.

Però, furono descritti dei casi (Feletti, Kny) di paramioclono, nei quali le contrazioni erano soltanto fibrillari. Ed anche Morvan al presente ammette " che la corea fibrillare, malgrado certe particolarità, non costituisce che una varietà del paramioclono di Friedreich, la varietà senza movimenti, senza spostamenti di alcuna parte del corpo, e talvolta con disturbi nella secrezione del sudore e vaso-motori ".

Corea del Dubini.

Bibliografia. — Dubini, *Giorn. di Milano*, 1846. — Tatti, La corea elettrica; *Gazz. med. lombarda*, 1847. — Hoertel, *Gaz. médicale*, 1848. — Morganti, La corea elettrica; *Gazz. medica lombarda*, 1853. — Frua, Del tifo cerebrale convulsivo (corea elettrica di Dubini); *Ann. univ. di Med.*, 1853. — Clerici, La corea elettrica e un'epilessia; *Atti dell'ospedale di Milano*, 1855. — Pignacca, Della corea elettrica osservata in Pavia, 1855. — Ferro, Storia di corea elettrica; *Gazz. ital. delle Provincie venete*, 1858. — Strambio, Sulla corea elettrica; *Gazz. med. lombarda*, 1859. — Tommasi, Rendiconto della clinica medica di Pavia; *Il Morgagni*, 1864. — Golgi, *Riv. clinica di Bologna*, 1874. — Stefanini, Sulla corea elettrica; *Ann. univ. di Med.*, 1875. — Cavagnes, Sulla corea elettrica; *Ann. univ. di Med.*, 1878. — Bianchi, La corea elettrica, Rivista sintetica; *Lo Sperimentale*, 1881. — Grocco, Considerazioni sulla corea elettrica; *Annali univ. di Med.*, 1884.

Si fu nel 1845 che Dubini descrisse col nome di *corea elettrica* " un'affezione, della quale non potè determinare nè le cause, nè la natura, ma di cui seppe tracciare molto chiaramente la sintomatologia " (Lannois).

Nemmeno l'anatomia patologica di quest'affezione è ben conosciuta. In alcuni casi non si riuscì a trovare nessuna lesione anatomica, ma questo è un fatto raro, ed il più sovente si trovano alterazioni non soltanto concomitanti, quali la congestione polmonare, la broncopneumonite o la tubercolosi, ma anche causali o che sembrano tali. Queste ultime affettano il sistema nervoso ma non hanno nulla di specifico. Si osservarono congestione ed infiammazione delle meningi con considerevole aumento del liquido cefalo-rachideo, congestione cerebrale specialmente predominante nei ganglii della base e focolai di rammollimento, corticale o dei corpi opto-striati.

Fondate su reperti così incostanti, le ipotesi emesse per ispiegare la patogenesi di quest'affezione sono tutte molto discutibili. Se pare accertato che la malattia di Dubini sia dovuta ad una lesione dei centri nervosi, non si può con ragionevolezza affermare che sia d'origine puramente cerebrale, come vorrebbe Grocco, o soltanto cerebro-spinale. È essa dovuta ad un processo mielitico speciale per localizzazione e per lesioni capaci di determinare delle convulsioni, oppure risulta da un processo di meningo-mielite? Questo problema è ancora di difficile risoluzione come quello di stabilire anche se per caso non sia questa malattia dovuta ad un'infezione specifica (*a*). Già tempo addietro Jaccoud aveva pensato che essa potrebbe rappresentare una forma speciale del tifo cerebro-spinale.

Lo studio clinico della malattia di Dubini riposa su osservazioni più concludenti. Il suo principio è quasi sempre improvviso e si annuncia con sintomi dolorosi.

Dolori contusivi, intensi, quasi continui, affettano il capo, la nuca e, talvolta, anche la regione lombare. Dopo poco tempo sono seguìti da contrazioni dei muscoli degli arti, contrazioni che hanno il carattere dei movimenti della corea elettrica: sono rapide, istantanee, poco estese e di breve durata, simili a quelle provocate da un eccitamento elettrico. In sul principio, e ne sono affette pelle prime il più spesso le estremità superiori, le dita, la mano, talvolta una metà della faccia, si accompagnano a senso di molestia nelle regioni invase.

Localizzate dapprima ad un segmento di arto od alla faccia non tardano a generalizzarsi talvolta sotto forma emiplegica, tal'altra a tutto il corpo; la loro diffusione, però, è lenta, di modo che non si generalizzano a tutti i muscoli che dopo parecchi giorni o qualche settimana.

Oltre a queste contrazioni che si ripetono quasi sempre ad intervalli relativamente ritmici, durante il corso della malattia si osservano anche grandi attacchi convulsivi senza perdita della coscienza. Questi si manifestano 3, 4, 5 volte nelle 24 ore, lasciando poi delle vere paresi degli arti.

La sensibilità ne viene poco alterata; talvolta, però, si ha iperestesia dei tegumenti, il minimo contatto dei quali aumenta l'intensità delle contrazioni. Non si osservarono alterazioni della reazione elettrica dei muscoli.

(*a*) Io ho tentato invano colture del sangue e degli organi nervosi centrali da due casi di corea elettrica, decorsi a morte, e del sangue da un altro guarito. — Le injezioni del sangue, in piccola o in grande quantità di coreici, nel peritoneo, sotto la dura madre, nella guaina dello sciatico, nei conigli e nelle cavie, riuscirono pure negative. Per cui riesce difficile allo stato attuale della scienza farsi un concetto dell'eziologia e patogenesi della corea del Dubini. Aggiungasi che la puntura lombare di Quincke non indicò, in un caso, aumento nella pressione endorachidea, e diede un liquido limpido e sterile.

Recentemente poi G. Bastianelli e Bignami (Studii sulla infezione malarica; *Bollettino della Reale Accademia medica di Roma*, anno accademico 1893-94, Roma 1894, pag. 221) descrissero un caso di infezione malarica, decorsa a guarigione, manifestantesi colla sindrome di Dubini. Gli stessi autori manifestano l'idea, non del tutto infondata, che " la cosidetta malattia del Dubini rappresenti un gruppo di sintomi, i quali possono presentarsi nel decorso di varie infezioni, forse nel decorso della febbre tifoide, certamente nella malaria grave, e in quella speciale forma morbosa endemica quasi esclusivamente in Lombardia, la quale, come l'analogia fa supporre, probabilmente è anche essa un'infezione, sulla cui natura non abbiamo ancora alcuna nozione ".

Credo utile ancora soggiungere che nei tre casi, che io ebbi ad osservare, di cui uno decorso a guarigione, in seguito all'uso della stricnina, consigliata dal Pignacca, l'esame ripetuto del sangue, per rapporto all'eventuale presenza di amebe della malaria, riuscì costantemente negativo (S.)].

Il decorso della malattia è relativamente rapido: le contrazioni vanno aumentando di intensità e si generalizzano; gli accessi convulsivi diventano subentranti e solo qualche volta si constatarono delle remissioni di qualche giorno. Il più spesso l'affezione progredisce ed in pochi giorni od in 4 o 5 mesi conduce a morte che, secondo Bianchi, sopravviene nel 90 per 100 dei casi. L'esito fatale è annunciato dall'avvicinarsi degli accessi, ai quali segue il coma. I movimenti convulsivi diminuiscono, il polso si fa piccolo, il respiro diventa stertoroso; il periodo agonico può durare uno o due giorni. [Nei casi rari che decorrono a guarigione si osserva atrofia muscolare, senza R D, nel distretto dei muscoli che furono in preda alle contrazioni (S.)].

PARALISI AGITANTE

redatta dal Dottor **LAMY**

La paralisi agitante è universalmente conosciuta coll'appellativo di *malattia di Parkinson*, dal nome dell'autore, che pel primo la descrisse nel 1817. Dopo la Memoria di Parkinson questa malattia venne ricordata parecchie altre volte nella prima metà di questo secolo e specialmente da autori inglesi. G. Sée, a proposito della diagnosi differenziale della corea (1851), Trousseau nelle sue *Lezioni cliniche*, ne parlano in modo esplicito. Ma furono specialmente i lavori di Charcot (1) e dei suoi allievi (Ordenstein, Boucher, Berbez, Béchet, ecc.) che contribuirono a ben determinare ed a volgarizzare le cognizioni che al presente abbiamo su quest'affezione (*a*). Nettamente separata dalle altre malattie manifestantisi con tremore, essa venne accuratamente studiata nelle sue forme fruste dalla scuola della Salpêtrière.

Sintomi. — Nel suo sviluppo completo e nella sua forma tipica, la paralisi agitante è una delle malattie più caratteristiche. Il soggetto, che, generalmente ha oltrepassato la quarantina, attira l'attenzione non solo pel suo *tremore*, ma anche pella sua *andatura*, e per l'insieme del suo *atteggiamento*.

La testa fortemente inclinata in avanti, il dorso incurvato, gli arti superiori in semi-flessione, i gomiti leggermente allontanati dal tronco e le mani sollevate a livello della cintola (fig. 42), il parkinsoniano cammina a piccoli passi precipitati, mentre le sue mani e le dita sono in preda ad un tremito ritmico, continuo. Se lo si interroga dal di dietro, egli, invece di ruotare la testa, fa volta-faccia tutto di un pezzo e con lentezza. L'ammalato dagli occhi fissi e brillanti, dai tratti del viso immobili, ha un aspetto attonito o stupido, sovente improntato ad una certa angoscia. Si siede lentamente, quasi con precauzione sul margine della sedia, che gli si presenta, col tronco sempre inclinato in avanti, colle mani sulle ginocchia in continua agitazione. Questo quadro riassuntivo merita di essere studiato nei suoi particolari.

a) Il *tremore*, il primo sintomo sul quale venne richiamata l'attenzione, può affettare tutti e quattro gli arti, ma predomina ai superiori e specialmente alle mani ed alle dita nelle quali è caratteristico. Le dita eseguiscono delle piccole oscillazioni dovute alle contrazioni ritmiche dei muscoli della mano. Talvolta si muovono tutte contemporaneamente attorno alle loro articolazioni metacarpo-falangee, e si paragonò questo movimento a quello dei suonatori di tamburo. Altre volte il tremito è limitato al pollice ed all'indice, come nell'atto di sbriciolare del pane, di fare una pillola, ecc. Non è raro osservare che la mano tutta intera esegua dei movimenti ritmici di oscillazione attorno all'articolazione del carpo nel senso della flessione, dell'adduzione od

(1) Charcot, Maladies du système nerveux. Opere complete, I.

(*a*) [Ricordiamo ancora le osservazioni di Burresi (1869), di Maragliano, di Tommasi (1880), di Massalongo, Rummo, Borgherini, Bernabei, Bordoni, ecc. (S.)].

anche, alternativamente, della pronazione e della supinazione. Il braccio e la spalla non partecipano affatto a questi movimenti, salvo in casi eccezionali.

Agli arti inferiori lo stesso predominio del tremore alle estremità. Quivi le oscillazioni si fanno specialmente attorno all'articolazione tibio-tarsea: il soggetto è seduto, la punta del piede tocca il suolo ed il ritmo dei movimenti è tradito dal battere del calcagno a terra, isocrono coi movimenti delle dita della mano. Per contro, i movimenti delle dita del piede sono poco manifesti. Si possono, invece, osservare delle contrazioni ritmiche nei muscoli della coscia (flessori, adduttori).

Fig. 42. — Atteggiamento generale del corpo nella deambulazione (da Gowers).

Il tremore si estende fino ai muscoli del tronco nei quali si osservarono pure di tali contrazioni, specialmente in quelli del dorso, mentre i muscoli dell'addome ne sarebbero sempre immuni (Gowers). Si ammette come regola quasi assoluta, e Charcot specialmente insistette su questo fatto, che la testa non è in preda ad un tremito suo proprio. Nelle forme generalizzate si ha tremito del labbro inferiore od anche della mandibola inferiore. I muscoli della faccia non vi partecipano affatto, ma fu anche notato un leggero tremito delle palpebre. — I caratteri classici del tremore, nella malattia di Parkinson, sono i seguenti: esso è costituito da oscillazioni regolari, poco ampie, della frequenza di 4 ad 8 per secondo in media; appartiene adunque alla categoria dei tremori *lenti*. In via generale, le oscillazioni sono tanto più rapide, quanto più sono limitate. In sul principio, in sul suo primo manifestarsi, il tremore è talvolta così leggero che si richiede la massima attenzione per trovarlo; allora è, in generale, più rapido che in seguito.

Di più, esso ha una particolarità della più alta importanza, particolarità già osservata da Parkinson: si è quella di manifestarsi specialmente *durante il riposo;* fatto ben dimostrabile se si esamina l'ammalato in posizione seduta colle mani sulle ginocchia. Durante i movimenti volontarii, il tremito diminuisce fino a scomparire e ciò almeno in sul principio del movimento; ben presto però compare anche durante la contrazione muscolare. Non è tuttavia un fatto eccezionale che uno sforzo energico della volontà riesca a farlo cessare del tutto per un certo tempo.

Tutti questi caratteri si vedono benissimo nella scrittura di tali ammalati. Le lettere sono, in generale, piccole e scritte in modo regolare nel loro insieme; ma la scrittura è *tremula*, formata di piccoli zig-zag, talvolta visibili soltanto colla lente, che tradiscono il tremore delle dita in certo modo impedito da uno sforzo della volontà. Durante il sonno, il tremito di regola scompare affatto.

b) La *rigidità muscolare* è costante nelle parti affette dal tremore e Charcot dava a questo sintomo un'importanza maggiore che agli altri. La rigidità si riscontra anche nei muscoli che non sono in preda a tremito, ad

esempio, in quelli del collo. Ne risultano delle attitudini di *semi-flessione*, tanto al tronco che agli arti. La posizione delle dita della mano è specialmente caratteristica: le quattro ultime avvicinate fino a toccarsi, flesse sui loro metacarpi, colle due ultime falangi in estensione (posizione assunta per azione degli interossei), il pollice esteso ed applicato al lato esterno dell'indice, dànno l'idea della mano che tiene una penna da scrivere. Abbastanza spesso si osserva deviazione in massa di tutte le dita verso il margine cubitale, come accade di osservare nel reumatismo cronico. Altre volte le dita presentano movimenti di flessione e di estensione che ricordano certe forme del reumatismo deformante (Charcot).

Per quanto invariabili possano sembrare nello stesso individuo, pure questi atteggiamenti possono presentare delle modificazioni. Si tratta di una mediocre rigidità che, pei suoi caratteri clinici, è ben diversa dalla contrattura spastica permanente. Di fatti, non si accompagna mai ad aumento dei riflessi tendinei. La trepidazione epilettoide, che segue costantemente la contrattura vera dei muscoli dell'arto inferiore, non esiste nella paralisi agitante, anche nei casi, nei quali gli ammalati presentano al piede un tremore che si avvicina singolarmente al clono.

Fig. 43 (da P. Richer, nella tesi di Béchet). Facies parkinsoniana.

La *facies parkinsoniana* non è che la conseguenza della rigidità dei muscoli della faccia. Talora si tratta di una fisionomia senza espressione; tal'altra la contrattura predominante in certi gruppi muscolari dà ad essa un'espressione inalterabile che generalmente dinota la maraviglia od il terrore (fig. 43). La fronte è corrugata trasversalmente, le sopracciglia innalzate, gli occhi sbarrati (Charcot). Si è per questo che si disse essere la malattia di Parkinson la " paura personificata „. Non vi ha dubbio che la maravigliosa fissità dello sguardo, lo splendore degli occhi siano dovuti ad un analogo stato dei muscoli oculari. La stessa interpretazione devesi dare alla difficoltà dei movimenti associati degli occhi e dell'accomodamento, notata da Koenig (1).

Alla stessa rigidità del sistema muscolare debbonsi imputare certe particolarità dei *movimenti volontarii* e dell'*andatura*. Questi ammalati sono, per così dire, avari dei loro gesti; pare non si muovano e non facciano gli atti più semplici che a grave malincuore. Inoltre, tutti i loro movimenti si compiono con notevole *lentezza* e se non malamente, almeno con evidente imbarazzo. Il principio dell'atto volontario è specialmente difficile. Gli ammalati hanno le loro articolazioni come " saldate „. Caratteri analoghi si osservano nel loro modo di parlare. La voce è fioca, monotona, poco influenzata essa pure dalle emozioni interne al pari della fisionomia: talvolta la parola è anche leggermente interrotta, come a scatti, quando cioè tutto il corpo è agitato da movimenti attivi.

(1) *Soc. de Biol.*, 27 maggio 1893.

L'*andatura* attirò l'attenzione di tutti gli osservatori. " Se l'ammalato vuol camminare, dice Parkinson, si porta sulla parte anteriore dei piedi e, più propriamente, sulle dita e, siccome a ciascun passo corre pericolo di cadere in avanti, così è costretto a camminare a passo di corsa „. Trousseau diceva che tali ammalati pare " corrano dietro al loro centro di gravità „. Questa tendenza a cadere in avanti, o *propulsione*, non è sempre tale se non nei casi avanzati. Nei casi meno gravi esiste soltanto una tendenza all'accelerazione, la *festinazione*. Non si potrebbe con tutta ragionevolezza considerare la propulsione come una conseguenza dell'inclinazione del corpo in avanti, giacchè quest'attitudine coincide talvolta colla *retropulsione* o colla *latero-pulsione*, che si possono mettere in evidenza dando una leggera spinta all'ammalato o tirandolo verso di noi pei vestiti.

c) La *paralisi* è ben lungi dall'avere l'importanza dei due sintomi precedenti (Charcot). In realtà, l'impotenza muscolare è dovuta piuttosto ad uno stato di rigidità che a paralisi propriamente detta. Si dànno ammalati che presentano una forza dinamometrica normale. Nel maggior numero dei casi i movimenti sono relativamente deboli. Soltanto in uno stadio molto avanzato si può avere una paresi accentuata, ma non mai paralisi completa.

d) La sensibilità cutanea resta intatta; molto comuni ad osservarsi sono però i disturbi subiettivi, negli arti sotto forma di dolori reumatoidi o nevralgici, di senso di fatica od anche di *calore* molto molesti, disturbi che intervengono ad accessi accompagnati da sudori durante la notte, e che obbligano gli ammalati a scoprirsi anche d'inverno (Charcot). Il senso di calore può essere sostituito da quello di freddo intenso (Gowers). Abbastanza spesso si nota il bisogno continuo di cambiare di luogo.

Riguardo agli altri sintomi, essi sono secondarii ed incostanti. Le *alterazioni trofiche* generalmente mancano. Non ostante la loro permanente attività, i muscoli non si ipertrofizzano. L'atrofia non si riscontra salvo nell'ultimo stadio della malattia, nel quale Charcot osservò un'atrofia da degenerazione grassa. Nei casi molto inveterati, le posizioni viziate, specialmente quelle delle dita, possono diventare permanenti per la retrazione dei muscoli. Finalmente, l'*eccitabilità elettrica* dei nervi e dei muscoli rimane normale.

L'esame delle orine non diede reperti costanti. Regnard aveva trovato una diminuzione dell'urea e dei solfati. Chéron (1877) trovò un considerevole aumento dei fosfati, reperto non confermato di poi da S. Leger (1879) e da Leva (1891).

Non ostante la loro inerzia e la loro indifferenza apparenti, gli ammalati sono perfettamente presenti a quanto succede loro intorno; la loro memoria è conservata e non si riesce a trovare in essi che un certo torpore nelle idee ed una inesplicabile tendenza alla tristezza. Ball (1) e, dopo lui, Parant e Roger credevano molto frequente nella malattia di Parkinson la esistenza di *disordini psichici*. Essi si manifesterebbero in modo intermittente, in coincidenza coi periodi di riacutizzazione della malattia, e sempre sotto *forma depressiva:* lipemania con impulso al suicidio, oppure stati transitorii di demenza e di semi-stupore.

Le *vertigini*, gli attacchi *apoplettiformi* ed *epilettiformi*, studiati da Martha (Tesi di Parigi, 1888) nella malattia di Parkinson, sono accidenti rarissimi, ed il loro rapporto con questa malattia richiede ancora di essere confermato da osservazioni ulteriori.

---

(1) Congresso di Londra, 1881; *Encéphale*, 1882, II, 22.

Il **Decorso** è essenzialmente *cronico* e *progressivo*. Vi hanno però dei casi nei quali l'inizio dell'affezione fu improvviso, in seguito, per esempio, ad una violenta emozione. Le osservazioni di questo genere furono numerose durante l'assedio di Parigi. Nei due terzi dei casi si manifesta pel primo il tremore, che è dapprima passeggero e consecutivo ad una fatica o ad un eccitamento, ed in seguito diventa stabile. La rigidità e la paresi intervengono dopo; però può anche accadere il contrario. Secondo Gowers, l'ordine d'invasione più comune della malattia sarebbe il seguente: dapprima viene colpito il braccio, poi la gamba dello stesso lato ed allora l'affezione assume il tipo emiplegico. Finalmente viene colpita a sua volta la gamba del lato opposto ed il tremore si generalizza in un tempo che varia da pochi mesi a tre o quattro anni. Si noti però che il tremore può anche manifestarsi a tutta prima in una gamba.

La durata della malattia può essere lunghissima: 10, 20, anche 30 anni, perchè questa non minaccia direttamente la vita. Però in un periodo avanzato l'aumentare progressivo della debolezza muscolare obbliga gli ammalati a tenere il letto. Si lordano, diventano preda di ulcerazioni e decubiti e muoiono per un'affezione intercorrente, il più spesso di pneumonite. Negli ultimi tempi della vita i muscoli si atrofizzano e si sviluppano escare necrotiche al sacro.

Varietà cliniche. — Si descrissero delle *forme localizzate*, nelle quali i sintomi della malattia non si riscontravano che in un arto (forma monoplegica), da un solo lato del corpo (f. emiplegica). Queste forme corrispondono ai periodi di sviluppo della malattia e sono presto o tardi seguite dal generalizzarsi dei sintomi. Talvolta la diffusione di questi si fa irregolarmente, di modo che, ad un dato momento, l'arto superiore di un lato ne viene colpito contemporaneamente all'inferiore del lato opposto. Altre volte i primi sintomi si manifestano alla radice dell'arto, alla spalla, ad esempio, invece di comparire, come di regola, all'estremità. Si dànno anche delle *forme fruste* od *irregolari:* forme senza tremore (Charcot, 1876), nelle quali la rigidità dell'atteggiamento insieme cogli altri sintomi secondarii, basta a caratterizzare la malattia — forme senza rigidità muscolare, infinitamente più rare — forme anomale per atteggiamento, caratterizzate dalla posizione degli arti od anche del tronco e della testa (Westphal, Dutil) in *estensione*, al contrario di quanto si osserva di regola (1).

Diagnosi. — La diagnosi della paralisi agitante è di quelle che si possono fare *a vista*, a distanza. Non può essere scambiata colla *sclerosi disseminata*, nella quale il tremore appare specialmente nei movimenti intenzionali e non si accompagna alla caratteristica rigidità della fisionomia. La quale ultima manca pure nel *tremore senile* che, d'altra parte, affetta anche la testa. L'*isterismo* può simulare non solo il tremito; ma, fino ad un certo punto, anche l'atteggiamento del morbo di Parkinson (Rendu, Dutil). Talvolta la diagnosi differenziale è veramente difficile e si dovranno ricercare accuratamente le stimmate isteriche.

Le forme localizzate, monoplegiche od emiplegiche, si differenzieranno dai *tremori post-emiplegici* pella mancanza di una antecedente paralisi e dell'esagerazione dei riflessi.

Più difficile riesce la diagnosi nelle forme fruste, [abortive]. Quando si ha rigidità senza tremore, questa malattia può essere scambiata con una contrattura generalizzata, con una paralisi spastica. Le deformità delle dita e delle mani simulano talvolta maravigliosamente quelle del *reumatismo cronico*, man-

(1) Béchet, Formes cliniques et diagnostic de la maladie de Parkinson; Thèse de Paris, 1892.

cano però le tumefazioni e le rigidità articolari. D'altra parte, la *facies* e l'attitudine generale dell'ammalato basteranno quasi sempre in tal caso ad attirare l'attenzione di un occhio esercitato.

La prognosi è riservatissima. Benchè la malattia non minacci direttamente l'esistenza, il suo decorso è quasi fatalmente progressivo. È bensì vero che si osservano remissioni, specialmente nelle forme circoscritte; ma i casi di guarigione accertata sono affatto eccezionali.

Anatomia patologica. — Le autopsie di individui affetti da morbo di Parkinson diedero i reperti più contraddittorii. L'encefalo, il midollo, i muscoli presentavano delle lesioni diverse che, volta a volta, furono ritenute base della malattia. Per contro, Charcot, Westphal, Berger, in casi tipici, non trovarono delle alterazioni apprezzabili.

Già Parkinson aveva notato l'ipertrofia sclerosante del bulbo e del ponte, reperto confermato da altri autori, ma esso non è affatto costante. Si trovarono anche focolai di sclerosi nel midollo (Lebert, Skoda). Molte volte, però, si confusero questi casi con la sclerosi disseminata, specialmente nei tempi nei quali le due affezioni erano mal definite clinicamente.

In altri casi, le lesioni midollari consistono in una *mielite peri-ependimaria* (Charcot, Joffroy, Demange). Dubief (1887) trovò alterazioni degenerative delle grandi cellule motrici, con lesioni sclerosanti dei fasci di sostanza bianca, ricordanti le alterazioni della *senilità*. Ketscher (1892) dà alla malattia quest'interpretazione. Finalmente, Dana (1893), in un caso osservato affatto recentemente, descrisse una mielite sclerosante diffusa con gravi lesioni vascolari, con atrofia delle cellule motrici, non solo nel midollo, ma anche nella corteccia cerebrale.

Per finire, ricorderemo qualche altro caso alquanto diverso riferentesi a lesioni cerebrali ben delimitate che, durante la vita, avevano determinato un tremore parkinsoniano tipico negli arti del lato opposto. Al presente, si conoscono tre di tali casi dovuti a Mendel (1), a Charcot ed a Blocq e Marinesco (2). In tutti tre i casi si trattava di tubercoli della regione peduncolare.

Blocq descrisse le alterazioni della *fibra muscolare* nella malattia di Parkinson. Le fibre sono disuguali per volume; il loro protoplasma è alterato e si possono vedere delle vere perdite di sostanza dentro la fibra stessa.

Patogenesi. — I due sintomi principali di questa malattia, tremore durante il riposo e rigidità muscolare indicano chiaramente un'alterazione della *tonicità* dei muscoli. Riguardo alla natura intima di quest'alterazione, essa ci sfugge. Sappiamo soltanto che è diversa da quella della contrattura spastica. Si tratta di una forma di esagerazione del tono muscolare? la rigidità permanente tende a farlo credere. Ma il tremito, secondo Grasset, deporrebbe per uno stato di debolezza.

Non ostante i reperti negativi o contraddittorii dell'anatomia patologica che fecero classificare la malattia di Parkinson fra le neurosi, non può darsi che essa sia una affezione senza lesioni anatomiche. La sua lunga durata, il suo decorso progressivo depongono chiaramente per quest'ipotesi. Ma dove è localizzata la supposta lesione? E dato che esista, di qual natura è essa? Riguardo a ciò siamo ridotti ad ipotesi.

---

(1) Mendel, *Berl. klin. Woch.*, 1885, n. 29.

(2) Blocq e Marinesco, *Soc. de Biol.*, seduta del 27 maggio 1893.

Non può ammettersi l'origine *periferica*, perchè, come fa notare Gowers, non conosciamo nessuna affezione primitiva dei nervi periferici o dei muscoli capace di determinare delle contrazioni ritmiche. Lo stesso autore non crede neppure all'origine *midollare*, perchè le contrazioni cessano nel sonno e pel modo di diffusione della malattia. Brissaud è di parere (1) che la soluzione del problema debba ricercarsi nel paragone fra questa malattia e certe emiplegie di origine cerebrale e, più specialmente, le paralisi pseudo-bulbari. Quest'ipotesi si fonda sulla comparsa, in certi casi, pressochè improvvisa del tremore parkinsoniano a forma emiplegica, sulla somiglianza nell'aspetto del parkinsoniano con certi individui affetti da paralisi pseudo-bulbare, ecc. Vi sarebbe quindi, nell'*encefalo*, una determinata regione la cui lesione od irritazione determinerebbe la sindrome di Parkinson. Sarà essa la regione peduncolare, come deporrebbero le autopsie di Mendel, Blocq e Marinesco? Pella conferma di quest'ipotesi si richiedono ulteriori ricerche.

Eziologia. — La paralisi agitante ordinariamente non si sviluppa che nella seconda metà della vita, dopo i 40 anni. È rara dopo i 60, affatto eccezionale prima dei 20 (Duchenne). Pare più frequente nell'uomo che nella donna. L'ereditarietà nervosa non sembra sia un elemento necessario; fu però notata la famigliarità.

Un certo numero di condizioni sembrano esercitare un'influenza determinante abbastanza chiara; ma non se ne conosce affatto la causa specifica. Prime fra tutte vengono le *emozioni violente*, e specialmente le *depressive*, spaventi, dispiaceri, perdite di danaro, ecc. È specialmente sotto l'influenza del terrore che si vide improvvisamente scoppiare la malattia di Parkinson. Ricordiamo anche i *traumi*, gli *shocks*, le contusioni, le ferite dei nervi periferici. In questi casi si osserva manifestarsi il tremore dapprima nella parte colpita (Charcot). Secondo Gowers, la dissenteria, il tifo addominale possono costituire delle cause occasionali. Per contro, le intossicazioni croniche (piombo, alcool) non hanno influenza di sorta.

Quest'affezione è relativamente più frequente nella razza anglo-sassone.

Cura. — Si vantarono molti medicamenti senza che però nessuno di essi abbia sortito un esito veramente benefico. La josciamina (Charcot), l'arsenico (Eulenburg), la *cannabis indica* associata all'oppio (Gowers), pare abbiano dato i migliori risultati. [Io ottenni buoni risultati, costanti, ma passeggieri, dalla duboisina, sia per bocca che per injezioni sottocutanee (S.)]. In ogni caso non possiamo sperare che un miglioramento, non mai una guarigione assoluta. Charcot sconsiglia la stricnina e l'ergotina che sembrano aumentare il tremore. L'elettricità statica e la galvanica pare abbiano reso qualche buon servizio. Lo scuotimento delle ferrovie o della carrozza determina in molti casi un notevole sollievo con iscomparsa del tremore. Questo fatto alquanto strano, notato da Charcot, gli aveva fatto venire l'idea di costrurre una sedia a bracciuoli mobile, che procura agli ammalati lo stesso sollievo passeggero.

---

(1) Brissaud, Leçons cliniques de la Salpêtrière, 1894.

MALATTIA DI THOMSEN

redatta dal Dottor **HALLION**

Quest'affezione ebbe nomi diversi a seconda dell'idea che i varii autori si fecero della sua patogenesi, ma prevalsero solo quelli di malattia di Thomsen e di *miotonia*. Si fu nel 1876 che Thomsen la descrisse pel primo, essendone affetto egli stesso. In verità, in lavori antecedenti di Bell e di Leyden, troviamo descritti dei casi di questo genere, i quali però, perchè isolati, non avevano attirato l'attenzione. Dopo la prima Memoria di Thomsen si pubblicarono molti lavori su quest'argomento; fra di essi quelli di Erb sono i più importanti. Citiamo anche Ballet e Marie, ai quali dobbiamo la prima pubblicazione francese sull'argomento. La monografia di Erb (1), l'articolo di Marie (2) e la tesi di Déléage (3) debbono annoverarsi fra gli studi sintetici più completi (4). [Ricordiamo l'articolo di R. Massalongo del *Trattato italiano di Patologia e Terapia medica* di Cantani e Maragliano, vol. II, parte 5ª (S.)].

Eziologia. — Un fatto principale domina nell'eziologia della malattia di Thomsen: l'influenza preponderante dell'ereditarietà. Nulla di più dimostrativo, a questo riguardo, della storia della famiglia Thomsen: il nonno del dottor Thomsen ne fu il primo colpito; ora, fra i suoi figli, nipoti e pronipoti si ebbero numerosi casi di miotonia e di psicosi. Spesso la malattia lascia immune una generazione per colpire la seguente. Le donne ne sono meno di frequente colpite degli uomini. Se manca l'eredità similare è raro non si riscontri almeno l'eredità neuropatica di trasformazione.

Altre cause si possono invocare, ma solo quali cause occasionali; citiamo le emozioni vive e gli esercizi muscolari esagerati.

Sintomi. — Una rigidità muscolare affatto speciale costituisce il sintomo capitale della malattia di Thomsen. Quando il soggetto vuole eseguire un movimento, i muscoli deputati a farlo entrano in uno stato di contrattura

---

(1) Erb, Die Thomsen'sche Krankheit, Lipsia, F. C. Wogel, 1886.

(2) Marie, Articolo: Thomsen (Maladie de); *Dict. encyclop. des Sc. médicales.*

(3) Déléage, Thèse de Paris, 1890.

(4) Fra i lavori recenti, aggiungeremo: Déjerine e Sottas, *Soc. de Biol.*, 24 giugno 1893.

Gowers, Ataktische Paramyotonie und Thomsen'sche Krankheit (trad. dall'inglese); *Centralbl. f. Nervenh.*, 1892, III, pp. 41-44.

Guttmamn, *Deutsche med. Woch.*, 1892, XVIII, pag. 261.

Huet, Contribution à l'étude de l'excitabilité des muscles dans la maladie de Thomsen; *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1892, nn. 1-4.

Mills, Myotonia and athetoïd Spasm; *Internat. Clinics*, aprile 1891.

Raymond, De l'état de l'appareil de la vision dans la maladie de Thomsen; *Gaz. méd. de Paris*, 1891, 301-303.

Seifert, *Deutsches Arch. f. klin. Med.*, XLVII, pag. 127.

Talma, *Deutsche Zeitsch. f. Nervenh.*, 1892, II, 2 e 3.

più o meno notevole, più o meno duraturo; di poi, a poco a poco, ridiventano flaccidi, si distendono ed il movimento può compiersi. I movimenti che seguono a questo primo stato di contrattura si fanno con una facilità sempre maggiore e sono affatto normali, purchè però il soggetto non li interrompa e non ne modifichi il ritmo, nè la modalità. Siccome i sintomi offrono per lo più la loro massima intensità agli arti inferiori, così è nella deambulazione che si possono osservare meglio. Se l'ammalato è seduto e lo si invita a camminare, prova una prima difficoltà, un primo ritardo nel levarsi in piedi. Nuova rigidità degli arti inferiori e specialmente del tricipite femorale si manifesta quando vuol mettersi in cammino, e questo stato di contrattura può rilevarsi tanto colla palpazione quanto coll'ispezione. Il primo passo si fa a stento, i seguenti sono già più liberi, finchè l'andatura finisce per diventare normale. Ma se l'ammalato rallenta od accelera il cammino, oppure cambia direzione, interviene nuovamente la rigidità cogli stessi caratteri di prima. Tutti i muscoli del corpo possono presentare di tali fenomeni nei movimenti volontarii; però, di regola, gli arti superiori ne sono meno colpiti degli inferiori, ed il tronco ed il collo meno degli arti. I muscoli della faccia, della lingua (disturbi della fonazione e della deglutizione), della mandibola (disturbi della masticazione) sono talvolta anch'essi alquanto colpiti e questa rigidità caratteristica può osservarsi anche nei muscoli motori dell'occhio. Di più, si hanno delle varianti individuali nel modo di ripartizione dei disturbi muscolari, come ne esistono nella modalità dei sintomi, nella loro intensità, nella durata degli stati di contrattura per un dato movimento; però i caratteri essenziali persistono sempre, e sono facili a rilevarsi.

Anche certi movimenti riflessi possono provocare la comparsa dei sintomi, al pari dei movimenti volontarii; le palpebre restano talvolta chiuse per qualche tempo dopo la tosse o lo sternuto; la bocca rimane aperta in seguito ad uno sbadiglio; il torace si immobilizza in istato di distensione in causa della grande inspirazione che precede l'accesso di tosse.

In generale, i fenomeni sono tanto più accentuati quanto maggiore è lo sforzo muscolare richiesto ad eseguire il movimento volontario. Anche altre influenze possono esagerarli. Citeremo il freddo e l'umidità, l'azione dei quali agenti è molto manifesta, la fatica e, sopra tutte forse prima, le emozioni. Per contro, il caldo, l'esercizio moderato, il riposo, la tranquillità dell'animo diminuiscono l'intensità dei sintomi.

Quasi sempre si ha un'ipertrofia muscolare che dà agli ammalati un aspetto atletico meraviglioso. I muscoli, la forza dei quali è del resto piuttosto diminuita, presentano generalmente alla palpazione una resistenza maggiore del normale. Ma, nella grande maggioranza dei casi, non oppongono resistenza di sorta all'estensione, come possiamo persuadercene dall'assoluta flaccidità degli arti sottoposti a movimenti passivi.

I muscoli della vita organica, come gli sfinteri, sono normali. I riflessi rotulei furono, in generale, trovati normali; qualche volta, però, sono modificati dalla comparsa della rigidità nel tricipite femorale, rigidità che si manifesta non appena questo muscolo entra in contrazione riflessa. Quale sintomo abbastanza raro ricordiamo l'esistenza di una lordosi.

Svariati disturbi psichici si associano frequentemente alla malattia di Thomsen, e questo fatto, come pure la manifesta influenza delle emozioni sui disturbi di moto, aveva indotto Thomsen ad attribuire ad un processo psichico iniziale l'origine stessa dell'affezione. L'eccitabilità dei nervi motori e dei muscoli subisce delle importanti modificazioni accuratamente studiate da Erb.

L'eccitabilità meccanica, faradica e galvanica dei nervi è piuttosto diminuita che aumentata, le contrazioni sono normali, brevi, a meno che non si irriti il nervo con eccitamenti prolungati od accumulati (corrente galvanica debole facendo scorrere l'elettrode eccitante lungo il nervo, o faradizzazione con interruzioni molto frequenti), nel qual caso si provocano delle contrazioni toniche persistenti. Per contro, l'eccitabilità meccanica, faradica e galvanica dei muscoli è aumentata. Colla corrente galvanica non si hanno che contrazioni di chiusura, eguali al polo negativo come al positivo; queste contrazioni sono pigre e durano abbastanza a lungo dopo cessato l'eccitamento; in molti muscoli la corrente faradica forte determina delle contrazioni vermicolari e regolari; lo stesso succede pelle correnti galvaniche fisse (elettrode eccitante immobile). Questi sono, secondo Erb, i caratteri principali delle variazioni dell'eccitabilità elettrica che costituiscono la " reazione miotonica ". Aggiungeremo che questi caratteri si attenuano col ripetersi degli eccitamenti in modo affatto analogo alle anomalie della contrazione volontaria in identiche condizioni.

Diagnosi. — Facile è la diagnosi della malattia di Thomsen; i caratteri speciali dei disturbi motori e, nei casi dubbii, la reazione miotonica di Erb, ci serviranno per differenziarla dalla paralisi pseudo-ipertrofica, dalla tetania, dalla " diatesi di contrattura ", dall'isterismo, dalla tabe spastica. La " paramiotonia congenita " descritta da Eulenburg si presenta con una rigidità spastica che appare in seguito a certe influenze, come quella del freddo, in certi gruppi muscolari, d'ordinario in modo simmetrico. In quest'affezione manca la reazione miotonica. Eulenburg crede ad una stretta parentela fra la malattia da lui descritta e quella di Thomsen, ipotesi questa confermata dalla loro possibile coincidenza in una stessa famiglia (Delprat) (1).

La malattia di Thomsen può accompagnarsi ad altre affezioni nervose, come la sclerosi disseminata, l'epilessia jacsoniana, ed in questi casi la diagnosi richiede una certa perspicacia da parte del medico.

Decorso. Prognosi. — La malattia di Thomsen è il più spesso congenita; veramente lo è forse sempre in quanto è dovuta, alla fin fine, ad una predisposizione ereditaria. I primi sintomi si manifestano, d'ordinario, fin dall'infanzia; possono però mancare in quest'età o, almeno, non diventare ben chiari che verso i 20 anni. In parecchi casi si videro comparire od aggravarsi pel servizio militare, e questo fatto trova facile spiegazione in ciò che la fatica muscolare ha un'influenza delle più dannose su quest'affezione.

La malattia di Thomsen può presentare dei periodi di arresto o di miglioramento, ma non guarisce mai. Non sembra, però, che possa abbreviare la vita. Insomma, non si tratta che di un'infermità, la quale, però, è incurabile.

Anatomia patologica. Natura. — Thomsen credeva che la malattia da lui descritta dipendesse da " una disposizione psichica ereditaria ". Seeligmüller ammetteva delle lesioni del midollo, altri opinavano si trattasse di una neurosi. Bernhardt, Strümpell, Ballet e Marie credevano che quest'aflezione rappresentasse una varietà di miopatia propriamente detta; è questa l'ipotesi che l'anatomia patologica tende a confermare. Da una parte, parecchi autori, esaminando dei frammenti di muscolo estirpati durante la vita scoprirono delle

---

(1) Delprat, *Deutsche med. Woch.*, 1892, XVIII, pp. 158-161.

lesioni muscolari ben caratterizzate; dall'altra, non si riuscì a trovare all'autopsia di un ammalato affetto di malattia di Thomsen nessuna lesione dei centri nervosi, nè dei nervi periferici (Déjerine e Sottas) (1).

Le alterazioni istologiche dei muscoli furono descritte da Erb e confermate da altri autori, fra i quali Déléage ed Onanoff. Le fibre muscolari sono ipertrofiche, i loro nuclei in proliferazione, aumentati di volume e di numero; una sostanza omogenea o finamente granulosa tende a sostituire il protoplasma normale, la striatura trasversale diventa meno chiara e si formano dei vacuoli. Insomma, nella malattia di Thomsen " si ha un'ipertrofia della sostanza non differenziabile (protoplasma e nuclei) ed un'atrofia delle fibre muscolari. Il tessuto connettivo interstiziale pare non prenda nessuna parte a queste alterazioni, essendo appena leggermente iperplastico. Esse sono dovute alla persistenza della forma embrionaria della fibra muscolare " (Déléage). Aggiungasi che Babes e Marinesco descrissero delle lesioni delle terminazioni nervose motrici.

Da quanto abbiamo detto, la malattia di Thomsen sembra costituisca una miopatia parenchimatosa; essa formerebbe un gruppo a parte fra le miopatie famigliari, nelle quali predominano, in generale, le alterazioni interstiziali.

Cura. — Il massaggio ed una ginnastica ben condotta pare abbiano sortito buoni effetti. Erb raccomanda la faradizzazione, la galvanizzazione generale, il bagno elettrico, la galvanizzazione dei centri nervosi.

I medicamenti usati finora non sortirono nessun effetto.

L'essenziale sta nel far note all'ammalato, raccomandandogli di evitarle, le circostanze capaci di aggravare il suo male, specialmente l'esposizione al freddo e le fatiche muscolari smodate.

---

(1) *Soc. de Biol.*, 24 giugno 1893.

TRATTATO DI MEDICINA

NEURASTENIA - EPILESSIA - ISTERISMO

per il Dottor **DUTIL**

Traduzione italiana dei Dottori F. MAFFI e A. ZUBIANI

NEURASTENIA - EPILESSIA - ISTERISMO

per il Dottor DUTIL

I.

NEURASTENIA O MALATTIA DI BEARD[a]

(Esaurimento nervoso).

La neurastenia è una malattia generale del sistema nervoso senza lesione nota; fu Beard che la trasse dal caos del vecchio indefinito " nevrosismo „.

Pare che questa malattia abbia la sua ragione d'essere in un esaurimento, in una debolezza persistente ed " irritabile „ dei centri nervosi, esaurimento e debolezza la cui natura ed il cui meccanismo ci sono ignoti; essa si manifesta con disturbi per lo più soggettivi, numerosissimi, e, a seconda dei casi, associati in isvariatissimi modi. Malgrado questo polimorfismo, la malattia è sempre caratterizzata da un certo numero di sintomi fondamentali: la cefalea, la rachialgia, la dispepsia per atonia gastro-enterica, la depressione cerebrale, un certo stato mentale, l'astenia neuro-muscolare, l'insonnia, tutti sintomi che Charcot considerava come le vere *stimmate* della neurastenia.

Storia. — Se la formola nosografica della neurastenia è di data recente, questa nevrosi non è però, come credeva Beard, una malattia nuova prodotta dallo strapazzo fisico ed intellettuale proprii della civilizzazione e della vita sociale d'oggidì, come non è neppure una " malattia speciale degli Americani „. Essa è certamente di tutti i paesi, e probabilmente è sempre esistita, come appare da un passo del libro II delle *Malattie* d'Ippocrate.

Galeno riferiva la maggior parte degli stati neuropatici all'*ipocondria;* egli attribuiva una grande importanza alla funzione degli organi situati negli ipocondrii, e, precorrendo di molto certe teorie moderne, pensava che il fegato, lo stomaco, l'intestino in istato di malattia producessero l'*atrabile*, la quale trasportandosi al cervello lo rendeva a sua volta ammalato.

Nel secolo XVII con Sydenham e collo Stoll la confusione coll'isterismo e gli stati neuropatici è completa. È questo il male ipocondriaco-isterico.

Il primo tentativo di classificazione venne fatto da Robert Whytt (1767) (1).

Da questo tempo sino alla comparsa delle prime pubblicazioni di Beard (1868) il nevrosismo è stato oggetto di molti studi. Ma le descrizioni incoor-

(a) Traduzione del dottor FABRIZIO MAFFI.

(1) WHYTT, Traité des maladies nerveuses, hypochondriaques et hystériques, trad. dall'inglese, Parigi 1867, vol. I, pag. 224.

dinate che in questi si trovano sono tutte sostanzialmente difettose. Alcune, come troppo comprensive, conservano l'antica confusione degli stati neuropatici e dell'isterismo: tali per esempio sono quelle di Dupan (1819), di Dougens (1824), di Louyer-Villermay (1832), di Bouchut (1860), ecc.

Altre descrizioni, fra le quali quelle di Stilling (1850), di Valleix (1854), di Krishaber (1875), di Lewen (1879) peccano dell'eccesso contrario: non considerano infatti che questa o quella forma clinica della nevrosi, e non comprendono la malattia tutta intera.

Le prime osservazioni di Beard sull'esaurimento nervoso (*nervous exhaustion*) o neurastenia passarono inosservate. Ma il suo Trattato comparso nel 1880 ebbe meritatamente molta eco. Esso è nella specie il libro fondamentale. È in questo lavoro che il tipo morboso della neurastenia appare per la prima volta con sufficente risalto, nettamente distinto dall'isterismo e dagli altri stati nevropatici nel cui complesso era rimasto sino allora confuso. Da quel giorno la neurastenia è stata oggetto di numerosi studi. Fra i più importanti dobbiamo citare: quello di Weir Mitchell (1) sulla neurastenia femminile e sua cura; quello di Huchard (2) che primo in Francia ha fornito una buona descrizione della malattia di Beard.

Gli studii e l'insegnamento di Charcot (3) sulla nevrosi neurastenica hanno esercitato un'influenza capitale e forse decisiva sulla costituzione del tipo morboso in discorso oggi concordemente riconosciuto dalla maggioranza degli autori. Charcot ha precisato e consolidato la descrizione di Beard, descrivendo e scolpendo, come aveva già fatto per l'isterismo, i sintomi fondamentali di questa nuova malattia. Egli ha mostrato infine che queste due nevrosi si associano frequentemente e più particolarmente negli individui colpiti da traumi, in modo da costituire una forma mista, l'*istero-neurastenia*.

In Francia in questi ultimi tre anni sono state pubblicate eccellenti monografie da Bouveret (4), Levillain (5) ed A. Mathieu (6). Citiamo infine le lezioni del prof. Pitres, ed il Trattato molto completo, redatto sotto la direzione del dott. Franz C. Müller (7), pubblicato recentemente a Lipsia.

Eziologia. — La neurastenia è una malattia comune: esiste in tutti i paesi civili dove la lotta per la vita impone alle funzioni del sistema nervoso un'attività intensiva. Si osserva con maggior frequenza nel periodo agitato della vita, vale a dire fra i 20 e 50 anni. Dopo quest'ultima età è rara, e più rara ancora fra i 10 ed i 20 anni. È più frequente negli uomini che nelle donne. Sopra un totale di 828 neurastenici R. von Hössling (8) conta 604 maschi, 224 femmine.

Tre grandi fattori campeggiano nell'eziologia della nevrosi neurastenica: l'*eredità neuro-artritica*, lo *strapazzo cerebrale*, le *passioni deprimenti*.

L'eredità neuro-artritica è la causa predisponente per eccellenza; essa può produrre da sola lo stato neurastenico senza l'intervento di nessuna delle cause

(1) Weir Mitchell, Du traitement de la Neurasthésie.
(2) Huchard, in *Traité des névroses*, 1883.
(3) Charcot, Leçons du mardi (1888-89).
(4) Bouveret, La Neurasthénie, épuisement nerveux, 2ª ediz., 1891.
(5) Levillain, La Neurasthénie ou maladie de Beard.
(6) A. Mathieu, Neurastenia, esaurimento nervoso, 1894 (Collezione Charcot-Debove), trad. ital., Torino, Unione Tip.-Editrice.
(7) *Handbuch der Neurasthenie*, Lipsia 1893.
(8) In *Handbuch der Neurasthenie*, pubblicato sotto la direzione del Dr. Franz Carl Müller.

provocatrici. Indicata così la parte positiva dell'eredità nella genesi della malattia di Beard, conviene notare che gli antecedenti ereditari dei neurastenici sono in generale meno gravi di quelli della maggior parte degli ammalati di nevrosi o di psicosi gravi.

È certo d'altronde che la neurastenia può svilupparsi sotto l'influenza dello strapazzo cerebrale o d'altra causa accidentale in individui affatto puri di qualsiasi labe ereditaria. Questo fatto è veramente importante dal punto di vista della patogenesi delle malattie nervose (Déjerine), perchè se la neurastenia si manifesta senza il concorso di influenze ereditarie, potrà, come l'alcoolismo, in condizioni favorevoli, ed in forza delle leggi d'eredità formulate da Morel, essere l'origine di tutta una discendenza morbosa, costituire cioè il capostipite della famiglia neuropatica.

Lo *strapazzo cerebrale*, gli *eccessi di lavoro intellettuale* sono a ragione considerati come una delle cause più potenti dell'esaurimento nervoso. Nella statistica sopra menzionata si vede che su 828 casi di neurastenia in 114 l'affezione era da attribuirsi unicamente all'esagerato uso delle facoltà intellettuali. È un fatto che, i forti lavoratori, scienziati, letterati, artisti, industriali, i giovani che si preparano agli esami ed ai concorsi di carriera, pagano un tributo assai largo a questa nevrosi. Per contro, checchè se ne sia detto, essa non infierisce nei giovani scolari. Secondo la giusta osservazione di Charcot, lo strapazzo si produce solo in conseguenza di grandi sforzi di volontà, di cui non sono capaci i ragazzi.

Le *passioni deprimenti*, cioè lo strapazzo del cervello entro la sfera delle facoltà affettive, costituiscono pure uno dei più potenti fattori della neurastenia. I dolori, i lunghi affanni, i rovesci di fortuna d'ogni genere, le preoccupazioni ambiziose, l'amore contrariato, i rimorsi, ecc., iniziano spesso, si può dire quasi sempre, lo stato neurastenico. Un'idea triste, un dolore che sempre presente allo spirito lo assedia e lo tormenta, a guisa di un corpo straniero nella coscienza, ecco la causa certo più frequente dell'esaurimento nervoso.

La *paura*, uno *spavento* intenso ed improvviso, il *traumatismo*, cioè lo sconquasso morale e fisico che l'accompagna, sono pure capaci di provocare l'insorgenza della neurastenia o isolata o associata alla nevrosi isterica (1). L'onanismo, gli eccessi genesiaci, le veglie prolungate, lo strapazzo fisico sotto tutte le forme possono portare allo stesso effetto.

Se ne è pure attribuita qualche volta la causa all'abuso dell'alcool, del tabacco, del caffè, all'avvelenamento da piombo. Ma i casi di questa categoria sono molto scarsi e ben poco dimostrativi.

Molto maggiore è l'importanza delle malattie organiche ed *infettive* nella eziologia della neurastenia. La si è vista comparire in seguito ad emorragie ripetute, nel corso di malattie croniche dello stomaco e dell'intestino, di tutti gli stati morbosi che apportano disturbo nella nutrizione generale, [del morbo di Bright, della tubercolosi cronica latente]. Fra le malattie infettive acute, la *influenza* e la *febbre tifoidea*, lo stato *puerperale*, sembrano atte in particolar modo a produrre l'esaurimento nervoso. L'influenza della sifilide acquisita nello sviluppo della neurastenia è stata recentemente illustrata dal prof. Fournier.

Il prof. Kowalewsky (di Kharkov) giunge persino ad ammettere una neurastenia d'origine eredo-sifilitica (2).

---

(1) Charcot, Leçons du mardi. — G. Guinon, Les agents provocateurs de l'hystérie.

(2) Neurasth. und Syphilis; *Centralbl. f. Nervenh. und Psych.*, 1893.

Nella maggior parte dei casi queste varie cause si associano e si combinano in modo che spesso non si può con precisione stabilire quanta parte spetti a ciascuna di esse nella genesi della malattia.

Descrizione clinica.

Fra i disturbi funzionali così numerosi e così diversi che possono presentare i neurastenici, vi sono alcuni sintomi che meritano d'essere anzitutto posti in evidenza. Più frequenti e più caratteristici degli altri, essi dominano in certo modo il quadro clinico della malattia. Questi segni cardinali, paragonabili a certi sintomi permanenti e fondamentali dell'isterismo, meritano appunto il nome di *stimmate* della neurastenia, dato loro da Charcot. Sono: la cefalea, l'astenia neuro-muscolare, la rachialgia, la dispepsia da atonia gastro-enterica, l'insonnia ed infine la depressione cerebrale con uno stato mentale peculiare.

Stimmate della neurastenia. — La cefalea esiste almeno in tre quarti dei casi. Lafosse (1), che ha studiato in modo speciale questo sintomo, l'ha constatato 44 volte su 45. Esso consiste in un senso di pienezza, di costrizione o di pesantezza. Molti ammalati paragonano questa sensazione a quella che darebbe un cappello troppo pesante o troppo stretto: è l'*elmo neurastenico*. Molto tempo avanti la descrizione di Beard, Charcot usava designare i neuropatici, nei quali osservava questo fenomeno coll'appellativo di *galeati*. La cefalea non si estende sempre a tutto il cranio; talora è localizzata alla fronte, agli occhi, alla radice del naso, ad una fossa temporale, ma soprattutto alla nuca ed all'occipite. Quest'ultima localizzazione è la più comune. Certi ammalati si lagnano pure di una pesantezza confusa e profonda; altri provano sensazioni di vuoto o di corpi fluttuanti nella cavità cranica. Sembra loro che nell'interno del cranio vi sia come un liquido che si sposta; spesso percepiscono degli scroscii alla nuca nei movimenti di rotazione della testa.

La cefalea è talvolta continua; nel maggior numero degli ammalati essa passa per alternative di calma e d'esacerbazione. È allo svegliarsi, nei momenti che precedono il primo pasto, che essa si mostra più viva; si calma poi e talvolta scompare in seguito all'ingestione di alimenti. In generale il leggere, lo scrivere, il lavoro intellettuale, una conversazione un po' prolungata, il rumore, aumentano la cefalea. I parossismi dolorosi sono talvolta accompagnati da senso di vertigine, ronzio alle orecchie, obnubilamento della vista e talora da una iperestesia del cuoio capelluto così spiccata che l'ammalato non soffre nemmeno che gli si tocchino i capelli (Beau).

Astenia neuro-muscolare. — L'indebolimento dell'energia motrice è uno dei sintomi più comuni della nevrastenia. Talora si riduce semplicemente ad una continua sensazione d'indefinita stanchezza, che non giunge mai, anche quando è spinta ad un grado estremo, a produrre una vera paralisi, e consiste essenzialmente in ciò, che gli ammalati sono incapaci di compiere, sia pure per un breve tratto di tempo, gli atti della vita quotidiana, i movimenti necessari per l'esercizio della loro professione, senza provare una fatica muscolare tale da essere costretti ad abbandonare la loro bisogna e tenersi in riposo;

(1) Lafosse, Étude clinique sur la céphalée neurasthénique; Thèse doct., Paris 1887.

sembra che la loro riserva di forza motrice o la loro volontà sia insufficente e perciò presto esaurita; essi sono sempre nell'imminenza della stanchezza muscolare. Si comprende che questo disturbo della motilità, quando è un po' accentuato, porti un grave turbamento nell'esistenza dei neurastenici, che si riducono a dover abbandonare l'esercizio della loro professione.

L'astenia neuro-muscolare si localizza qualche volta in dati gruppi muscolari; sarebbe più esatto in questi casi dire che essa si manifesta soltanto in occasione di un certo ordine di movimenti. L'astenia motrice degli arti inferiori è specialmente frequente nelle donne. In gradi avanzati le ammalate ricusano d'uscire, di camminare, perfino di alzarsi; si crederebbero paraplegiche. Ma se una grande gioia, un'emozione, un pericolo imminente le sorprendono in questo stato di prostrazione, le vediamo ritrovare d'un tratto un'energia muscolare della quale sembravano davvero incapaci.

La stanchezza, la debolezza muscolare dei neurastenici esiste anche al mattino quando essi si svegliano. Molti ammalati alzandosi si sentono così estenuati come se non avessero passato la notte a letto. L'astenia neuro-muscolare non è sempre continua, ma procede talvolta ad accessi. Per una fatica, per un'emozione, o senza causa apparente certi ammalati provano di un tratto un annientamento totale delle loro forze; le ginocchia si piegano, sembra che le gambe vogliano cadere. Come la cefalea, l'astenia muscolare si attenua od anche scompare momentaneamente dopo i pasti.

Rachialgia. — Gli ammalati si lagnano talvolta d'un caldo, d'un bruciore o d'un senso di rottura; talora accusano in corrispondenza delle apofisi o vicino ad esse dolori piuttosto vivi, paragonabili ai dolori lancinanti d'una nevralgia. Ma il più delle volte la rachialgia neurastenica consiste in sensazioni o di pressione, o di strettura, o di impaccio, affatto analoghe alle sensazioni corrispondenti che caratterizzano la cefalea. Queste sensazioni penose sono generalmente accresciute o risvegliate dalla pressione delle apofisi, dai movimenti della colonna vertebrale, dalla stazione eretta prolungata o dalla marcia. Qualche volta ancora sono accompagnate da un'iperestesia della pelle di tal grado che il minimo sfregamento, anche il semplice contatto delle vestimenta, riescono insopportabili. Sono fatti di questo genere quelli che servirono un tempo alle descrizioni dell'irritazione spinale, la quale non è che una modalità della neurastenia.

La rachialgia può occupare tutte le regioni; ma si localizza di preferenza alla parte inferiore della porzione cervicale, specialmente a livello della vertebra proeminente, nella porzione lombare o nella sacrale. È questa la sua sede di predilezione (*plaque sacrée*).

La rachialgia è in generale mobile e passeggera, ma può mostrarsi altrettanto tenace della cefalea.

Dispepsia per atonia gastro-intestinale. — I disturbi delle funzioni digestive sono stati in questi ultimi anni oggetto di studi accurati, specialmente da parte di Bouveret e di A. Mathieu. Ecco i dati positivi che ci sembrano risultare dalle ricerche di questi autori.

1° Tra le forme di dispepsia che possono svilupparsi nel corso degli stati neurastenici, vi ha una sindrome bene caratterizzata, molto più frequente degli altri disturbi digestivi, e per la quale Bouveret ha proposto l'appellativo di *atonia gastro-intestinale neurastenica*, e Mathieu quello di *dispepsia nervomotrice con o senza ipocloridria*.

Si possono distinguere due gradi, due forme dell'atonia gastro-intestinale neurastenica.

Nella *forma leggera* l'ammalato digerisce indubbiamente male e le sue digestioni sono accompagnate da un certo malessere; ma la sua nutrizione generale pare non ne soffra, ed egli non dimagrisce.

Talvolta l'appetito è diminuito, od è capriccioso; ma in generale è bene conservato, e, nei momenti che precedono l'ora dei pasti, si fa spesso sentire la fame viva ed imperiosa. Immediatamente dopo il pasto l'ammalato si sente più forte, più adatto al lavoro; e questo periodo di benessere dura una mezz'ora, un'ora circa. Ma bentosto la scena cambia. La digestione si fa laboriosa. L'ammalato accusa un senso di peso, di sbarra, di pienezza al cavo epigastrico il quale si fa meteoritico. Nello stesso tempo soffre palpitazioni, oppressione, vampe di calore, rossori subitanei al volto; è tormentato da rutti; la sua testa è pesante, ed egli cade in uno stato di torpore sonnolento o di accasciamento più o meno profondo. Questo malessere persiste un'ora o due, talvolta più a lungo, ma finisce sempre colla digestione. La stipsi, l'enterocolite pseudo-membranosa accompagnano e complicano spesso questa forma della dispepsia neurastenica.

L'esame del contenuto gastrico dopo i pasti di prova non ha dato gli stessi risultati agli autori che si sono occupati di questo genere di ricerche. Secondo Bouveret, il fatto capitale è la diminuzione od anche la soppressione completa dell'acido cloridrico libero. L'anacloridria sarebbe tenace, ribelle alla cura e quasi costante. La mancanza di disturbi gravi della nutrizione generale si spiegherebbe col fatto che l'intestino supplisce col suo lavoro all'insufficenza gastrica. Invece Mathieu (1), che ha sviscerato minutamente la questione in altra parte di questo Trattato, ritiene che nella forma benigna della dispepsia neurastenica, il lavoro chimico della digestione si compie il più delle volte in condizioni pressochè normali.

Nei casi di questo genere la stasi gastrica è nulla, e manca la dilatazione permanente.

In questa forma benigna della dispepsia neurastenica, che è la più comune, ed anche la più caratteristica, l'elemento capitale sarebbe adunque un disturbo dell'*innervazione motrice.*

Nella *forma grave* dell'atonia gastro-enterica si trovano ancora gli stessi disturbi, ma più accentuati che non nei casi della categoria precedente. Vi si aggiunge talvolta un sintomo nuovo ed importante. La nutrizione è profondamente alterata; gli ammalati dimagrano, impallidiscono; il loro languore e la depressione delle loro forze si fanno più spiccati, per cui si inclinerebbe a crederli affetti da una malattia organica grave, da cancro dello stomaco. Questa grave forma di atonia gastro-enterica è ribelle e durevole; ordinariamente passa attraverso a periodi lenti di miglioramento o spontaneo o dovuto alla cura; ma sono facili le ricadute. A questo grado la dispepsia, come facilmente si comprende, è qualche cosa di più che un sintomo dello stato neurastenico; essa ha un'importanza capitale nello sviluppo della malattia neuropatica che aggrava e prolunga per così dire indefinitamente.

Quanto alle modificazioni del chimismo gastrico, si osserva che l'HCl libero manca e l'HCl combinato è in leggera quantità; vi ha adunque spiccata diminuzione dell'HCl. L'acidità totale è talvolta normale, talvolta inferiore, e tal'altra superiore alla norma. In quest' ultimo caso l'iperacidità totale deve essere

(1) Mathieu, loco citato.

attribuita alle fermentazioni anomale favorite dalla mancanza od insufficenza dell'HCl la cui importanza parassiticida è stata dimostrata dalle esperienze di Falk (1), di Strauss e Wurtz (2), di Hamburger (3). Tuttavia l'anacloridria o l'ipocloridria non sono assolutamente costanti. La *ipercloridria* è stata constatata in molti neurastenici da A. Mathieu. Quando, in casi simili, l'atonia motrice giunge ad un certo grado, lo stomaco si vuota con sempre maggiore difficoltà; l'evacuazione dapprima lenta alla fine è sempre imperfetta; la stasi con dilatazione permanente più o meno pronunciata è l'ultimo termine di questo processo, cosicchè ci troviamo di fronte alla sindrome gastrica della dilatazione quale venne descritta da Bouchard. Secondo Mathieu, che ha studiato in modo speciale queste dispepsie dei neurastenici, tale eventualità si presenterebbe piuttosto raramente. In siffatte circostanze talvolta è sorta la questione se i disturbi neuropatici non fossero la conseguenza dello stato dispeptico, se, in altri termini, la neurastenia non fosse l'effetto piuttosto che la causa prima del disturbo della digestione. È questa una questione, sulla quale ritorneremo trattando della patogenesi.

Insonnia. — L'insonnia esiste più specialmente nei casi in cui la neurastenia riveste la forma cerebrale, quando si è sviluppata in seguito ad eccessi di lavoro, per l'influenza di preoccupazioni tristi e di passioni deprimenti. Gli ammalati stentano molto ad addormentarsi; poi, dopo un assopimento di durata variabile, si svegliano in uno stato di eccitazione o d'ansietà che si oppone per lunghe ore alla ripresa del sonno. Essi si voltolano pel letto, la mente in preda ad una rapida ridda di immagini, di idee, di ricordi che rapidamente si associano, e riesce impossibile frenare. Alcuni, soprattutto fra i neurastenici per causa traumatica, sono frequentemente scossi nel sonno da sogni terrifici che finiscono per destarli di soprassalto. Infine in molti l'insonnia non trova nessuna spiegazione. L'insonnia dei neurastenici raramente è completa, ma è spesso ribelle a molte cure.

Depressione cerebrale (stato mentale). — Qualunque sia la forma clinica della malattia, questa non è mai disgiunta da disturbi psichici apprezzabili. Questi disturbi pare consistano essenzialmente nell'indebolimento delle facoltà mentali, nella diminuzione cosciente della personalità, con una spiccata propensione ai pensieri tristi, alle preoccupazioni ipocondriache. Questo stato mentale è un elemento di primo ordine nel quadro della malattia, da cui dipende una serie di manifestazioni neuropatiche, rappresentando talvolta il sintomo dominante.

La depressione cerebrale dei neurastenici, quando è bene spiccata, si manifesta infatti con infiacchimento della volontà, incertezza della memoria, disturbi nelle percezioni, e quindi minore resistenza alle sensazioni, alle impressioni morali, una emotività eccessiva.

L'*abulia*, l'indebolimento nella volontà, è certamente il tratto più spiccato dello stato mentale dei neurastenici. Le sue conseguenze sono d'ordine diverso; esse si riflettono su tutti gli atti, su tutte le operazioni del pensiero che richiedono impiego d'energia di volontà, come abbiamo già detto descrivendo i caratteri dell'astenia muscolare: l'impotenza motrice dei neurastenici è bene

(1) Falk, *Virchow's Archiv*, 1883, pag. 144.
(2) Straus e Wurtz, *Arch. de Méd. expérim.*, 1889, pag. 370.
(3) Hamburger, *Centralbl. f. klin. Med.*, 1890, n. 24.

spesso, se non sempre, l'effetto di una deficenza di volontà piuttosto che di un rapido esaurimento della fibra muscolare. Questa origine psichica dell'impotenza motrice dei neurastenici si può osservare ancora meglio nei casi in cui essa è per così dire sistematizzata. Molti di questi ammalati si affaticano solo nel compiere certi atti inerenti all'esercizio della loro professione, oppure certi movimenti coordinati, come il camminare, lo scrivere.

Nella sfera delle funzioni intellettuali, questa decadenza della volontà produce la perdita o la diminuzione del potere d'attenzione. Fissare l'attenzione su di un oggetto determinato ed un po' intensamente è per questi ammalati una causa di stanchezza e d'esacerbazione della loro cefalea. Essi leggono talvolta pagine intere senza alfine aver compreso ciò che hanno letto. Sono incapaci di coordinare le idee e di dare ad esse un indirizzo; il loro pensiero si arresta a particolari secondarii, talora anche ad immagini estranee all'oggetto della loro meditazione. Di qui la difficoltà che essi provano a tenere una conversazione, a comporre, a calcolare.

L'insufficienza dell'energia volontaria menoma la sicurezza del giudizio. Molti neurastenici sono incapaci di prendere una decisione senza provare insieme e il sentimento della loro impotenza e una specie di malessere e d'inquietudine, che possono giungere persino all'*ansietà*.

La loro sensibilità è volta a volta sovreccitata e depressa; così pure le loro percezioni sono spesso difettose e vaghe.

La tendenza allo scoraggiamento, alle preoccupazioni ipocondriache, costituisce un altro dei caratteri importanti dello stato mentale dei neurastenici. I malesseri, le sensazioni penose e persistenti da cui sono tormentati fanno nascere nel loro animo timori ingiustificati. Essi credono d'essere affetti da malattie gravi del cervello o del midollo spinale, da cancro dello stomaco, ecc. Si disperano, ma in generale le loro credenze a questo riguardo sono in essi poco profonde; si lasciano facilmente convincere della fatuità dei loro timori, e bastano quasi sempre poche parole autorevoli per liberarli, per riconfortarli almeno per qualche tempo, contrariamente a quello che avviene nei veri malinconici. Dato questo stato psichico, si vedono talvolta svilupparsi nei neurastenici, più o meno durevolmente, speciali accidenti mentali: ossessioni, fobie, idee fisse di vario ordine. È certo che questi accidenti mentali compaiono non esclusivamente, ma più frequentemente nei neurastenici ereditarii, nei degenerati. Li descriveremo quindi a proposito della forma ereditaria della malattia, forma, nella quale si presentano ordinariamente al loro più alto grado di sviluppo.

Sintomi secondari.

Accanto ai sintomi cardinali, alle stimmate della neurastenia, che abbiamo testè considerato, nella maggior parte dei casi si notano altre manifestazioni d'ordine secondario e che si possono riscontrare all'infuori della neurastenia, in neuropatici di specie diverse. Essi costituiscono in certo modo i piccoli sintomi di questa nevrosi. Tali disturbi secondarii possono però in certi casi, pel loro sviluppo eccezionale, modificare naturalmente l'aspetto della malattia, dandole una fisionomia clinica particolare.

Vertigini. — Queste appaiono talora a digiuno, quando lo stomaco è completamente vuoto, al momento in cui l'ammalato sente una viva fame; talora al contrario questo sintomo si manifesta dopo il pasto, in mezzo ai malesseri

della crisi dispeptica. Dal fatto che le vertigini sono talora influenzate dai concomitanti disturbi digestivi non si deve indurre, come troppo spesso si è fatto, che esse sieno d'origine gastrica. È questa un'interpretazione erronea, contro la quale si sono schierati e con ragione Beard e Charcot. Infatti è certo che la maggior parte delle vertigini gastriche non sono altro che vertigini neurasteniche, e tale opinione si trova confermata da questo dato di fatto, che le vertigini esistono talora molto intense in neurastenici, nei quali mancano i disturbi dispeptici.

In generale la vertigine neurastenica si presenta ad accessi intermittenti. Gli ammalati provano dapprima un obnubilamento della vista, dei ronzii agli orecchi con un senso di vuoto al capo; poi si sentono come spinti, o in avanti o indietro, o lateralmente. Talora, come nella vertigine di Menière, sembra loro che il suolo si sollevi per poi abbassarsi. Ma questi impulsi non sono così subitanei, così bruschi come nella vertigine auricolare.

Leggeri o intensi, questi accessi di vertigine non durano più di qualche minuto; talvolta sono accompagnati da nausee e lasciano l'ammalato in uno stato d'accasciamento o di emozione che però si dissipa tosto.

In certi casi, benchè rari, la vertigine neurastenica può mostrarsi continua. Il quadro clinico è allora molto analogo a quello delle forme permanenti della vertigine di Menière o delle vertigini cerebellari. In una delle sue lezioni della Salpêtrière il nostro compianto maestro Charcot descriveva questa modalità clinica della malattia di Beard e proponeva di designarla col nome di *forma vertiginosa* della neurastenia.

Disturbi della motilità. — Indipendentemente dall'astenia neuro-muscolare si possono ancora osservare in alcuni ammalati *crampi*, *contrazioni fibrillari* analoghe a quelle che si vedono negli individui affetti da atrofia muscolare progressiva, ed infine *tremore* (Pitres). Il tremore dei neurastenici è soprattutto appariscente negli arti superiori: è costituito da oscillazioni molto brevi e rapide; è un tremore vibratorio simile a quello descritto da P. Marie nel morbo di Basedow ed al tremore rapido che si osserva in certi isterici.

Si possono osservare vere paralisi motorie durante gli stati neurastenici? Beard dichiara di averne visto qualche caso. Bouveret è dell'opinione del medico americano. Egli ha constatato delle paralisi o paresi incomplete, di durata brevissima, localizzate a un arto inferiore o ad ambo gli arti inferiori e " che si manifestavano ad accessi di pochi minuti solamente „. Ma, in questi casi, si può affermare che si tratti proprio di paralisi? La maggior parte degli autori lo nega. Se non si tien conto dei casi nei quali la neurastenia e l'isterismo si associano in uno stesso individuo, si può affermare, specialmente con Ziemssen, che le paralisi motorie non fanno parte del quadro clinico della neurastenia pura.

Disturbi della sensibilità. — L'anestesia non figura fra i disturbi della sensibilità che si possono riscontrare nei neurastenici.

L'*iperestesia* tattile, al freddo, al calore, è invece comunissima. Abbiamo già descritto l'iperestesia del cuoio capelluto, la rachialgia e le irradiazioni dolorose che talvolta l'accompagnano; ma l'ipersensibilità può estendersi sulle parti laterali del tronco ai quattro arti. Questa generalizzazione a tutto il tegumento è rara, e venne descritta sotto il nome di forma iperestesica della neurastenia (Rosenthal). Il più delle volte l'iperestesia è *localizzata* al collo, in vicinanza di un'articolazione, della quale può impacciare i movimenti, oppure alla mammella, alla lingua, ecc.

I neurastenici accusano talvolta sensazioni penose in varii punti del corpo: formicolii, intormentimenti, sensazione di bruciore, di stringimento o di pressione, pruriti. Altri si lamentano di dolori a tipo nevralgico localizzati su questo o quel tragitto nervoso, o generalizzati (*nevralgia generale* di Valleix). Talora anche si tratta di dolori lancinanti che ricordano i dolori folgoranti della tabe. In certi casi questi dolori predominano agli arti inferiori e sono accompagnati da una sensazione di cotone sotto la pianta del piede. Talora può divenir possibile la confusione della neurastenia colla tabe.

Disturbi degli organi dei sensi. — *Vista.* — Secondo Beard, le pupille sarebbero in generale dilatate ed un po' pigre alla luce, talora presenterebbero alternative brusche di stringimento e di dilatazione od anche una ineguaglianza leggera e poco durevole. Tuttavia si è vista questa ineguaglianza persistere per mesi di seguito e scomparire poscia cogli altri sintomi dello stato neurastenico (Hirt). Ma quest'ultimo fatto ha bisogno di conferma. In tesi generale l'ineguaglianza permanente, come la miosi, deve escludere l'idea di nevrosi e far pensare piuttosto all'esistenza di una lesione organica; i neurastenici non soffrono disturbi pupillari.

Molti neurastenici provano la sensazione di mosche volanti davanti agli occhi e se ne lamentano spontaneamente.

L'*astenopia neurastenica* intermittente o continua è caratterizzata da un disturbo abbastanza singolare della vista. L'occhio si stanca presto. Se l'ammalato si dà alla lettura o a qualsiasi altra occupazione che richieda un'applicazione continua della vista, prova un senso di tensione dolorosa ai bulbi oculari, sensazione seguìta tosto dalla confusione delle immagini visive. Però il mezzo trasparente e le membrane dell'occhio sono normali. Se esiste qualche anomalia di rifrazione, corretta questa con lenti adatte, si constata che l'acutezza visiva è intatta. L'astenopia neurastenica, spesso tenace, sarebbe sempre, secondo Weir Mitchell, di prognosi cattiva, poichè indicherebbe il carattere grave e ribelle dell'esaurimento nervoso.

Il *restringimento del campo visivo* è stato notato fra i disturbi oculari della neurastenia (Westphal, Charcot, Pitres). Ma questo sintomo è affatto eccezionale, sempre transitorio e di brevissima durata.

Udito. — In alcuni neurastenici l'organo dell'udito è dotato di una sensibilità eccessiva. I rumori anche poco intensi li impressionano dolorosamente. Alcuni percepiscono le pulsazioni delle loro arterie in modo da esserne disturbati. Altri sentono dei ronzii, dei tintinnii.

Il *gusto* e l'*odorato* presentano pure, in alcuni casi, dei pervertimenti, delle suscettibilità speciali.

Disturbi degli organi genito-urinari. — Quando la neurastenia ha per origine una lesione, un perturbamento funzionale degli organi genitali, è accompagnata da una serie di disordini nelle funzioni sessuali che, pel loro predominio, imprimono alla malattia una fisionomia particolare. È questa la *neurastenia genitale.*

Ma all'infuori di questa forma speciale, nei neurastenici comuni si osservano con una certa frequenza disturbi genitali d'intensità variabile consistenti di solito in ciò, che gli ammalati perdono progressivamente l'appetito sessuale; si lagnano di frigidità, di impotenza relativa, talora di polluzioni.

Le funzioni urinarie sono pure disturbate in molti neurastenici. Essi provano frequenti i bisogni di urinare, o si lagnano d'incontrare difficoltà nella minzione; ma l'influenza dell'auto-suggestione su questa categoria di disturbi

è certamente considerevole; in molti casi sembra anzi l'unico fattore. Si tratta insomma di falsi [ammalati agli organi] urinari.

La poliuria, l'ossaluria, l'albuminuria transitoria si notarono nel corso degli stati neurastenici; ma si tratta con tutta verosimiglianza di fenomeni morbosi accidentali, estranei alla sintomatologia della nevrosi.

Disturbi circolatorii. — Questi disturbi si riscontrano, ma in gradi diversi, nella maggior parte dei neurastenici. Talvolta essi acquistano una intensità particolare, e si pongono per così dire in prima fila nel quadro nosologico. Sono casi di questo genere quelli che hanno servito come modello alla descrizione delle forme cliniche designate col nome di *neurastenia cerebro-cardiaca* (Krishaber), *neurastenia cardiaca* (Seeligmuller, Leer).

Le *palpitazioni* sono frequenti. Sotto l'influenza d'una emozione anche leggera, d'uno sforzo fisico anche moderato, insorge l'accesso. Queste crisi di palpitazioni spesso spaventano l'ammalato, il quale si crede affetto da una grave malattia di cuore.

Ziemssen in uno dei suoi ammalati notò aritmia cardiaca. Questo disturbo, dopo aver durato parecchi mesi, scomparve, sotto l'influenza della cura, insieme cogli altri sintomi della neurastenia.

Bouveret osservò nel corso della neurastenia una tachicardia permanente molto analoga a quella del morbo di Basedow. Infine in alcuni neurastenici si sono osservati accessi di falsa angina di petto. Questa pseudo-angina dei neurastenici è in tutto simile a quella che Charcot e P. Marie descrissero negli isterici. Talora essa riveste la forma nevrotica e si manifesta esclusivamente con una nevralgia del plesso cardiaco; altre volte e più frequentemente assume la forma vaso-motrice ed è accompagnata da un indebolimento considerevole del polso con pallore e raffreddamento del volto e delle estremità.

L'irritabilità e la mancanza di tonicità dell'apparecchio vaso-motore, dimostrate dalle esperienze di Mosso, d'Anjel, in un gran numero di neurastenici, spiegano la facilità, colla quale in questi ammalati si producono le anemie e le congestioni locali. Essi provano alternativamente sensazioni di freddo e di caldo. Queste sensazioni sono ordinariamente parziali, localizzate al dorso, alle coscie, alle estremità. Ma talvolta si ha brivido generale, e allora le alternative di freddo e di caldo possono simulare un accesso di febbre intermittente.

Disturbi delle vie respiratorie. — Questi disturbi sono eccezionali e di mediocre importanza. Indebolimento della voce, sensazioni d'oppressione o di soffocazione, del resto passeggeri: ecco tutto.

Tali sono i sintomi secondarii della neurastenia, i quali associandosi ai sintomi fondamentali, alle stimmate della nevrosi, o a qualcuno di questi sintomi, costituiscono le diverse forme cliniche che la malattia può presentare e che dobbiamo ora esaminare.

Forme cliniche della neurastenia.

Neurastenia cerebro-spinale. — È questa la forma più comune. I disturbi cerebro-spinali e viscerali precedentemente descritti vi figurano senza predominare sensibilmente gli uni sugli altri. È il quadro medio della neurastenia comune che tutte le descrizioni hanno avuto per base.

L'*emineurastenia* venne descritta da Beard e da Charcot, che la chiamava anche *neurastenia dimidiata.* È una modalità rara, ma non priva d'interesse. La debolezza degli arti superiore ed inferiore d'un lato, la cefalea parziale

o unilaterale accusata dai pazienti, possono far nascere nella mente del clinico il sospetto d'una lesione organica centrale.

Nella *neurastenia cerebrale* o *cerebrastenia* la cefalea costrittiva, l'insonnia, la depressione delle facoltà mentali, l'abulia, l'indebolimento della memoria, le fobie, le preoccupazioni ipocondriache, sono i sintomi più spiccati. Essa è particolarmente frequente negli uomini, e si sviluppa specialmente sotto la influenza dello strapazzo intellettuale o dopo grandi perturbamenti morali.

Nella *neurastenia spinale* o *mielastenia* predominano talora la rachialgia, l'iperestesia della colonna vertebrale, i dolori toracici o addominali, e questa sindrome corrisponde assai bene a ciò che certi autori descrivono ancora col nome d'irritazione spinale; talora gli ammalati accusano dolori lancinanti o folgoranti lungo gli arti inferiori, sensazioni di costrizione alla base del torace od alla parte inferiore del dorso, impotenza genitale, ecc. In tal caso la sindrome presenta analogie con quella del periodo preatassico della tabe. Difatti i neurastenici di questa categoria spesso si credono affetti da una malattia del midollo spinale.

In un altro gruppo di casi la mielastenia si manifesta con dolori sordi o subacuti localizzati lungo il decorso dei nervi, in corrispondenza delle articolazioni.

Secondo Blocq (1), la neurastenia si manifesterebbe in alcuni casi con un unico sintomo, un dolore fisso " localizzato in un regione variabile, non però in rapporto con un distretto anatomicamente o fisiologicamente delimitato „ (*topoalgia*). I dolori alla lingua (*glossodinia* del prof. Verneuil), il dolore al coccige, le ossessioni dentarie (Galippe) non sarebbero che varietà di questa topoalgia.

Neurastenia dispeptica. — Vi sono dei neurastenici nei quali i disturbi gastrici o intestinali prendono uno sviluppo tale che gli altri sintomi della nevrosi passano in seconda linea nel quadro clinico. — In questi ammalati si può riscontrare la dispepsia per atonia gastrica, la dispepsia con ipercloridria, la dispepsia con istasi, ipocloridria ed iperacidità organica. In certi casi sono più particolarmente interessate le funzioni intestinali e si osservano soprattutto timpanismo intestinale, costipazione ostinata, enterocolite pseudomembranosa.

La *neurastenia cardiaca* è caratterizzata dal predominio dei disturbi cardiaci già menzionati.

Neurastenia genitale. — Nell'*uomo* la neurastenia genitale presenta una fisionomia particolare. Essa è stata specialmente studiata e descritta in America da Beard (2), in Germania da Ultzmann (3) e da Krafft-Ebing (4).

La masturbazione, gli eccessi venerei, le malattie degli organi genito-urinari, ecco le cause più comuni di questa forma di neurastenia. In generale la fase iniziale è caratterizzata da fenomeni di eccitazione, da polluzioni notturne, priapismo, eiaculazioni precoci. Gli ammalati provano sensazione di bruciore nel canale dell'uretra o durante l'eiaculazione o dopo le minzioni; si lamentano d'una sensibilità eccessiva, dolorosa, della verga, dello scroto, o del perineo. Si inquietano, ricorrono ai medici, si sottomettono a cure diverse che il più delle volte non dànno risultati e perciò scoraggiano. Mentre compaiono gli altri sintomi della neurastenia (cefalea, depressione, rachialgia, ecc.)

(1) Blocq, Sur un syndrome caractérisé par de la topoalgie; *Gaz. hebd*, nn. 23 e 25, 1891.
(2) Beard, Die sexuelle Neurasthenie, trad. tedesca, 2ª ediz., Vienna e Lipsia 1890.
(3) Ultzmann, Neurasthénie des organes génito-urinaires de l'homme, trad. franc., Parigi 1883.
(4) Krafft-Ebing, *Wiener med. Presse*, 1887.

gli ammalati si credono esauriti dalle perdite seminali; si immaginano ben presto d'essere incapaci ad un'erezione sufficente; l'appetito sessuale scompare e la loro impotenza, dapprincipio puramente psichica e passeggera, si stabilisce definitivamente. In questo secondo periodo non è rara la spermatorrea. Gli ammalati si credono affetti da una malattia organica del midollo spinale. Tutte queste miserie imprimono alla fisonomia un'impronta di tristezza e d'abbattimento profondi. A questo grado di sviluppo la neurastenia genitale acquista una speciale tenacità, e diventa spesso incurabile.

Nella *donna*, quando si sviluppa in seguito a sofferenze fisiche, od affanni ed a preoccupazioni morali prodotte dalle malattie degli organi genito-urinari, la neurastenia non assume una fisionomia speciale degna di una particolare descrizione.

Forma ereditaria. — È la neurastenia delle persone la cui eredità morbosa è molto compromessa. Sue caratteristiche sono il terreno sul quale si sviluppa, la sua precoce comparsa, la lunga durata, ed infine la tenacia e la molteplicità degli accidenti mentali che la complicano sempre; invero ciò che domina l'insieme delle manifestazioni neurasteniche in questa forma ereditaria è lo stato mentale dei pazienti. In certi casi la depressione cerebrale, l'abulia, l'astenia muscolare, spinte però ad un grado estremo, ne sono i caratteri più spiccati. Questo stato di profondo indebolimento dell'energia morale si osserva più specialmente nelle donne. Alcune ricusano di compiere gli atti, i movimenti più semplici. Per una specie di auto-suggestione lentamente sviluppatasi, esse limitano sempre più i loro movimenti. Talvolta l'idea di un'impotenza motrice degli arti inferiori si fissa più particolarmente nel loro animo, e da allora diventano incapaci a camminare, a tenersi in piedi, a sedersi, e così restano a letto per mesi, per anni intieri, sebbene realmente non siano affette da paralisi. È questa l'*atremia* di Neftel. La *neurastenia femminile*, così bene descritta da Weir Mitchell, non è il più delle volte che una modalità della neurastenia ereditaria. Nell'uomo il quadro clinico generalmente è affatto diverso. I sintomi di depressione cerebrale, la tristezza, l'abbattimento, così frequenti negli ammalati di neurastenia acquisita, mancano il più delle volte quando l'eredità presiede essa sola allo sviluppo dello stato neuropatico. Questi neurastenici presentano talvolta i segni fisici e psichici della degenerazione. Ma non sono sempre, no certo, degenerati autentici con istimmate.

Essi possono occupare il loro posto nella società; uomini d'ingegno talvolta, sono capaci d'una certa attività fisica ed intellettuale; sono degli originali, sono [degli emotivi], degli impressionabili. I sintomi spinali, i disturbi viscerali di ordine neurastenico sono spesso poco pronunciati in questi ammalati. Per contro essi presentano una tendenza invincibile alle preoccupazioni ipocondriache, alle crisi d'ansietà, alle ossessioni d'ogni specie, paure morbose, fobie, tutte sindromi psichiche, le quali mettono capo a ciò che gli alienisti hanno classificato sotto il nome di *follia con coscienza*, *neurastenia cerebrale* (Regis): l'*agorafobia* o paura degli spazi, la *topofobia* o paura di certi luoghi, la *claustrofobia*, l'*antropofobia*, la *patofobia*, la *misofobia*, o paura del tatto, la *siderodromofobia*, ecc. Tutte queste aberrazioni mentali, che a noi non ispetta di qui descrivere e che si possono osservare in questi ammalati, presentano sempre i caratteri proprii delle ossessioni: l'irresistibilità dell'idea che si impone, la conservazione della coscienza avanti e dopo la crisi d'ossessione, l'angoscia ed infine il benessere consecutivo.

Questi stati psichici pressochè costanti nei neurastenici ereditari possono però comparire episodicamente nel corso delle neurastenie acquisite, accidentali.

Talora negli ereditari si vedono scomparire i sintomi neurastenici propriamente detti, mentre persistono indefinitamente i disturbi psichici. Talvolta ancora questi individui, dopo aver presentato, per un lasso di tempo più o meno lungo, una fase neurastenica delle più spiccate, volgono decisamente alla pazzia pura. La neurastenia tocca adunque molto da vicino il dominio dell'alienazione mentale.

Istero-neurastenia — La neurastenia si associa talora in uno stesso individuo alla nevrosi isterica. Questa combinazione delle due nevrosi è in particolar modo frequente in coloro che hanno sofferto di qualche trauma. Non descriveremo qui questa forma complessa, il cui studio si lega strettamente a quello dell'istero-traumatismo.

Diagnosi. — Le sindromi che rivelano l'esaurimento nervoso presentano in alcuni casi imbarazzanti analogie col quadro iniziale di certe malattie organiche del sistema nervoso.

La *paralisi generale* nel periodo prodromico può rivelare la cerebrastenia. In tal caso bisogna ricercare accuratamente il sintomo di Argyll Robertson, l'ineguaglianza permanente delle pupille, i disturbi nella scrittura, quelli della favella, le modificazioni dei riflessi rotulei, usare di tutti i mezzi per iscoprire qualche accenno di idee deliranti. Se mancano questi sintomi, bisogna mantenere riservata la diagnosi, tanto più che qualche volta, e il dott. Ballet (1) ha opportunamente richiamato l'attenzione su questo punto, si vede uno stato neurastenico ben caratterizzato e persistente da lunghi mesi precedere la comparsa dei primi sintomi della peri-encefalite.

Inversamente la neurastenia, specialmente quando riveste la forma dimidiata, può far credere all'esistenza della paralisi generale.

Tumore cerebrale. — La cefalea e le vertigini sono i due sintomi della cerebrastenia che in alcuni casi hanno potuto trarre in inganno, facendo pensare all'esistenza di tumore cerebrale. Ma la cefalea da tumore encefalico non ha i caratteri della cefalea neurastenica; è più violenta, e soggetta a crisi e ad esacerbazioni dolorose; spesso è accompagnata da vomiti, da neurite ottica, da fenomeni di eccitazione o di paralisi motoria, da paralisi dei nervi cranici, tutti sintomi estranei dalla semeiotica della neurastenia. Il dubbio non potrebbe durare a lungo. [Sono specialmente le affezioni cerebellari, e in particolar modo i tumori della fossa endocranica posteriore, che possono simulare la neurastenia (S.)].

Sifilide cerebrale. — La cerebrastenia, quando si sviluppa in un sifilitico, il che avviene abbastanza comunemente (Fournier) (2), può facilmente ingannare l'ammalato ed il medico. La cefalea sifilitica differisce dalla neurastenica pei caratteri seguenti: generalizzata o parziale, è sempre una cefalea *dolorosa* che " duole e duole molto "; nel neurastenico non c'è vero dolore, ma vi sono sensazioni di pressione, di pesantezza o di vuoto. Frequentemente la cefalea sifilitica si esacerba verso sera e durante la notte; la cefalea neurastenica è esclusivamente diurna; oltre a ciò la sifilide cerebrale non produce quelle preoccupazioni ipocondriache, quegli stati di ansietà, quelle singolari ossessioni che si notano nella maggior parte dei neurastenici.

Il *morbo di Bright*, l'*arterio-sclerosi*, [certe forme di tubercolosi cronica],

---

(1) Ballet, *Bulletin médical*, 1893.
(2) Fournier, Maladies parasyphilitiques, 1894.

talvolta presentano una sindrome alquanto analoga a quella della cerebrastenia: inettitudine al lavoro, fenomeni dispeptici, vertigini, pesantezza del capo, palpitazioni, sensazioni d'intorpidimento, di freddo, ecc. Ma l'esame dell'urina, del cuore, dei vasi, [dei polmoni], che bisogna ben guardarsi dall'ommettere, permetterà sempre di differenziare questi stati morbosi.

Vertigine di Ménière. — I caratteri distintivi di queste due affezioni sono i seguenti: negli attacchi di vertigine auricolare l'impulso è più brusco, più intenso e spesso determina la caduta del paziente; invece la vertigine neurastenica è meno subitanea, meno brutale, e l'ammalato ha sempre tempo di trovare un punto d'appoggio o sedersi. Il decubito orizzontale fa cessare immediatamente la vertigine neurastenica e non arresta invece la vertigine di Ménière. Infine questa è sempre accompagnata da diminuzione dell'udito da un lato o da ambo i lati simultaneamente.

Tabe. — Certi neurastenici provano, a quanto dicono, dei " dolori folgoranti " come delle " scariche elettriche " agli arti inferiori; hanno formicolii, sensazioni di stringimento, di pressione in questa o in quella regione; si sentono deboli sulle gambe, e sembra loro quasi di camminare sopra del cotone; sentono frequente il bisogno d'urinare, ecc. Ma i riflessi rotulei restano normali o leggermente esagerati; le pupille sono eguali e reagiscono bene alla luce ed all'accomodazione. Si tratta di pseudo-tabici e quasi sempre di auto-suggestionati, che hanno veduto degli atassici o consultato dei libri. Questi casi non offrono serie difficoltà diagnostiche.

Morbo di Basedow. — La neurastenia a forma cardiaca non manca di analogie con certe forme fruste di morbo di Basedow. Lo stato mentale, i fenomeni dispeptici speciali, la cefalea, permetteranno talvolta di stabilire che si tratta soprattutto di neurastenia. Ma bisogna confessare che in pratica questa distinzione è talora delle più difficili, e che si incontrano dei casi di fronte ai quali è necessario domandarsi se si ha da fare soltanto con una neurastenia o con una forma di morbo di Basedow frusta, oppure con un'associazione di questi due stati morbosi.

All'infuori delle nevrosi definite, della neurastenia, dell'isterismo e degli stati d'alienazione, vi ha una serie di stati neuropatici non ancora classificati, che conviene ben guardarsi dal confondere colla neurastenia. È questo un errore d'interpretazione, già commesso da un certo numero di autori, da Arndt in particolare. Certamente è molto difficile tracciare i limiti di questa nevrosi; ma da questo non deriva che tutti gli strani, gli squilibrati, i deboli, i neuroartritici, gli ammalati di emicrania, ecc., che presentano una certa tendenza alla depressione o si lamentano di dolori vaghi, reumatoidi, debbano essere accolti nella cerchia della neurastenia. Per essere autorizzati a far la diagnosi di neurastenia, bisogna almeno constatare nell'ammalato l'esistenza di alcuni dei sintomi fondamentali che hanno servito a stabilire il tipo morboso.

Decorso e prognosi. — In tesi generale, se è vero che la neurastenia disturba profondamente la vita di chi ne è affetto, non la compromette però direttamente. Il peggio che può capitare a questi ammalati è di rimanere neurastenici fino al termine della loro vita. Una cura ben diretta guarisce le neurastenie accidentali presto e stabilmente, a patto però che il paziente possa, dopo la cura, sottrarsi all'influenza delle cause che hanno prodotto in lui l'esaurimento nervoso. Al contrario l'eredità neuropatica, l'intensità della depressione cerebrale, i disturbi gastro-enterici gravi quando compromettono seriamente la nutrizione, la lunga durata della malattia, costituiscono altrettante

aggravanti per la prognosi, sono tutte condizioni che rendono la malattia ribelle alla cura ed espongono l'ammalato a continue recidive. Infine non bisogna dimenticare che la neurastenia serve talvolta da introduzione alla paralisi generale, all'isterismo, alle psicosi, alla melanconia specialmente, delle quali talora è solo una fase preparatoria, e, che i pazienti incapaci di attendere alle loro occupazioni abituali senza provare una stanchezza insopportabile, cercano talvolta nell'abuso dell'alcool o della morfina uno stimolo delle loro forze esaurite, un mezzo per attutire le loro sofferenze. Queste considerazioni bastano a dimostrare che la neurastenia deve essere considerata come una malattia seria che merita sempre cure attente e rigorose e la cui prognosi deve sempre essere formulata con qualche riserva.

Patogenesi. — In che consiste essenzialmente la neurastenia? Quali sono le modificazioni anatomiche o chimiche dei centri nervosi donde dipendono i disturbi psichici, digestivi, circolatori, ecc., che la caratterizzano? Non se ne sa nulla. Erb suppone un disturbo intimo nella nutrizione degli elementi nervosi; Beard pensa ad uno sbilancio fra il consumo e la riparazione degli elementi stessi; Féré a una modificazione della loro vibratilità. Per quale meccanismo cause tanto diverse vengono a provocare lo sviluppo di questo stato morboso? Su questo punto non conosciamo nessun dato preciso, ma solo delle ipotesi, delle teorie che brevemente esamineremo.

Da tempo antico si è cercato di subordinare la neuropatia, il nevrosismo generale a certi disordini funzionali del tubo digerente o dei suoi annessi o a qualche lesione dei visceri addominali. In queste concezioni patogenetiche vediamo posti come intermediari fra l'organo primitivamente ammalato e il sistema nervoso interessato secondariamente, o un umore peccante, o un'influenza nervosa vaga, o un'azione riflessa. Tale è l'antica teoria dell'*atrabile* di Galeno; quella di Van Helmont e dell'*archeo* (ἀρχή), e in tempi meno lontani, la dottrina della *dispepsia* sviluppata da Beau, quella della *gastrite* sostenuta da Broussais e dalla sua scuola. Ai nostri tempi abbiamo visto ricomparire teorie analoghe, fondate però sopra un'osservazione più minuta, con una documentazione più precisa, frutto d'una tecnica perfezionata. La più importante, quella che ha levato maggior rumore nel mondo medico, è certo la dottrina ideata e sostenuta dal prof. Bouchard.

1° *Teoria della dilatazione dello stomaco e dell'auto-intossicazione.* — Tra i fenomeni morbosi che Bouchard fa derivare dalla stasi gastrica figurano incontestabilmente la maggior parte dei sintomi della neurastenia: la cefalea costrittiva, l'impotenza al lavoro, l'insonnia, la tendenza alla malinconia ed alle preoccupazioni ipocondriache, le vertigini, ecc.

A questa concezione si sono opposte certe critiche, che, almeno per quanto concerne la patogenesi degli stati neurastenici, sembrano fondate.

La dilatazione gastrica manca in un grandissimo numero di neurastenici, ed inversamente vi sono dei neurastenici che non presentano e non hanno mai presentato nessun disturbo delle funzioni digerenti. Inoltre in certi casi si sono potuti vedere comparire simultaneamente, in seguito ad un'emozione violenta, la dispepsia e gli altri sintomi dell'esaurimento nervoso. Infine si è domandato: se i disturbi nervosi della neurastenia sono prodotti da un'intossicazione d'origine gastrica, come avviene che gli individui affetti da grande dilatazione gastrica dipendente per esempio da stenosi pilorica, con istasi considerevole, non presentano mai la serie degli accidenti nervosi attribuiti agli ammalati di dilatazione protopatica? Tutte queste obbiezioni bastano a

dimostrare che la teoria della dilatazione gastrica e dell'auto-intossicazione non è applicabile alla maggioranza dei casi di neurastenia.

2° La teoria di Glénard, che spiega colla *ptosi* dei visceri addominali e con un disturbo mal determinato delle funzioni epatiche, la dispepsia e i disturbi neuropatici osservati nei suoi ammalati, non riesce meglio accetta; infatti l'enteroptosi manca affatto in un grande numero di neurastenici. D'altronde Glénard stesso riconosce che la sindrome neuropatica da lui considerata non è la neurastenia quale venne definita e descritta da Beard e Charcot (1).

3° Le malattie degli organi genitali nella donna e l'onanismo nell'uomo costituiscono, come abbiamo già detto, le cause specialmente efficienti e provocatrici della neurastenia. Ma è evidente che non si potrebbe, come vogliono alcuni autori, tentare di stabilire su questo gruppo di fatti una " teoria *genitale* „ della neurastenia. — Insomma, tanto che si tratti dell'apparato digerente o di lesioni degli organi genito-urinari, d'una malattia infettiva, di affanni, di strapazzo, qualunque sia in una parola la causa determinante, sembra che, appunto per la grande varietà delle cause, la condizione necessaria e dominante dello sviluppo della neurastenia, sia un certo modo di essere e di reagire dei centri nervosi, ereditario o congenito. La formola è indubbiamente un poco vaga, ma, dopo tutto, non è essa conforme, se non alla realtà delle cose, almeno allo stato attuale delle nostre conoscenze in proposito? (*a*).

Cura. — Pochi ammalati richiedono per essere curati il tatto e la pazienza che è necessario usare coi neurastenici. Tutti coloro che hanno studiato la neurastenia e che hanno avuto un po' di pratica con questa categoria di neuropatici saranno d'accordo in ciò. Evidentemente una cura unica non potrebbe convenire a tutte le forme della neurastenia, ogni caso particolare avendo le sue speciali indicazioni. Tuttavia in tesi generale la cura, per essere efficace, deve soddisfare ai tre seguenti precetti capitali:

a) sopprimere la causa occasionale che ha provocato lo sviluppo della neurastenia;

b) assoggettare il paziente a certe regole d'igiene e all'uso di mezzi fisici, come l'esercizio, l'idroterapia, il massaggio, l'elettricità;

c) infine e soprattutto esercitare sull'ammalato un'azione morale suggestiva.

Quanto ai mezzi farmaceutici, conviene usarne solo con discrezione e per correggere determinati disturbi.

La *soppressione della causa occasionale* è evidentemente la prima condizione da adempiere. Quando lo strapazzo è stato il principale fattore della malattia, è affatto indispensabile allontanare il paziente dal lavoro, dalle sue ordinarie occupazioni. Quando si tratta di dolori morali, di lutti, di perdite irreparabili, il medico dovrà anzitutto agire con sollecitudine e con tutta la forza della sua autorità morale contro lo scoraggiamento, contro l'abbattimento dell'ammalato. Di fronte ad un caso di neurastenia femminile sviluppatasi in conseguenza di un'affezione più o meno dolorosa dell'apparato

(1) V. la nota di Glénard, citata da Mathieu nella sua monografia sulla *Neurastenia*, trad. ital., edita dall'Unione Tipografico-Editrice Torinese.

(*a*) [Perchè non si può pensare ad un disturbo, primitivo o secondario, della funzione cerebellare, come ce ne dànno diritto i vecchi ed i più recenti studii sulla fisiologia del cervelletto? La questione parmi degna di essere studiata da questo punto di vista. Questo indipendentemente dal fatto che accanto alla neurastenia classica, dobbiamo considerare gli stati neurastenici che accompagnano o seguono molte affezioni croniche od acute del nostro corpo (S.)].

utero-ovarico, l'intervento chirurgico dovrà essere consigliato solo in quanto le lesioni organiche, palpabili, dell'utero o degli annessi saranno indicazione sufficiente per questo intervento. L'indicazione cioè deve essere cercata nella condizione locale, nello stato anatomico dell'organo ammalato, non nel grado d'intensità dei disturbi neuropatici.

Igiene generale. — Non occorre dire che le veglie, gli eccessi d'ogni sorta, devono essere proibiti. I neurastenici che sono ancora dotati d'una certa attività fisica ed intellettuale non devono rimanere sempre disoccupati; l'ozio e la solitudine sono loro nocivi. Ma importa dare molta varietà alle loro occupazioni, ai loro lavori. Nelle forme leggere la dispepsia neuro-motoria dei neurastenici non richiede l'osservanza di uno speciale regime alimentare. Conviene limitarsi a fare scomparire la costipazione col massaggio dell'addome, e con clisteri oleosi, o lassativi leggeri. Nella forma grave, quando vi ha tendenza alla stasi, all'iperacidità, conviene ricorrere alla lavatura dello stomaco, prescrivere l'acido cloridrico, le soluzioni boriche all'interno per combattere le fermentazioni. Infine nei casi in cui lo stato dispeptico è complicato da dilatazione gastrica, sarà necessario prescrivere una dieta appropriata, eseguire metodicamente la lavatura dello stomaco, ecc.

Gli *esercizii fisici* non si devono consigliare a tutti i neurastenici. Sono indicati soprattutto quando la neurastenia è stata prodotta dallo strapazzo cerebrale, nella cerebrastenia, nelle forme leggere.

Il *riposo* invece è necessario ai neurastenici depressi, a quelli che presentano spiccatissima l'astenia neuro-muscolare; a coloro che, in causa di fenomeni dispeptici gravi, non si alimentano a sufficienza e si trovano in un vero stato d'inanizione.

Il cambiamento d'ambiente, il *soggiorno* in paese caldo o temperato, ma a patto che l'ammalato viva nella società di persone che non siano quelle che abitualmente lo avvicinavano, sono potenti ausiliari. I viaggi, i continui cambiamenti di luogo sono in generale poco profittevoli ai neurastenici.

L'*idroterapia* non deve essere usata all'ingrosso e sempre ad un modo. Le docce e i bagni tiepidi o caldi devono essere prescritti nei periodi d'eccitazione, quando l'insonnia si mostra persistente. L'idroterapia fredda (impacchi, lozioni, docce a getto interrotto, seguìte da frizioni) è indicata in tutti i casi in cui predominano i fenomeni di depressione.

Il *massaggio* dà buoni risultati nella maggior parte dei casi di mielastenia, nei neurastenici indeboliti.

L'*elettricità* pare un mezzo prezioso nella cura nei neurastenici. Beard raccomanda la *faradizzazione generale*. Le sedute devono essere brevi, della durata di cinque a dieci minuti. Conviene usare soltanto correnti di debole intensità in modo da non provocare che leggere contrazioni delle superficie muscolari. Questo metodo sarebbe particolarmente da applicarsi ai casi nei quali predomina l'astenia motrice. Beard consiglia la *galvanizzazione dei centri nervosi* negli individui, la cui nutrizione e forza muscolare sono relativamente conservate.

Erb (1) consiglia l'uso delle applicazioni *locali* della corrente elettrica contro i diversi sintomi della neurastenia.

In Francia R. Vigouroux (2) ha raccomandato soprattutto l'uso dell'elettricità statica, della franklinizzazione.

---

(1) Erb, Traité d'électrothérapie.

(2) Vigouroux, Note thérapeutique; traitement électrique de la neurasthénie par la franklinisation.

Cura morale. — Poichè la diminuzione della personalità morale, l'indebolimento delle facoltà, l'abulia in particolar modo e tutti i fenomeni psichici che ne derivano, costituiscono un elemento capitale della neurastenia, si comprende come l'azione morale, suggestiva, riconfortante, esercitata dal medico sullo stato mentale del paziente sia una delle condizioni essenziali di successo. Il medico deve convincere l'ammalato che in lui non esiste nessuna lesione organica incurabile, che la sua malattia scomparirà in seguito ad una cura ben diretta e continuata a sufficienza, dovrà ben guardarsi dal dirgli che egli non è che un ammalato immaginario. Questa parte che il medico deve sostenere in faccia all'ammalato è, come facilmente si comprende, delle più delicate; richiede molta iniziativa e molto tatto, perchè naturalmente questo contegno varia a seconda delle circostanze particolari. Il principale ostacolo a questa influenza morale necessaria sta in coloro che attorniano da vicino l'ammalato, nelle mille cure che gli prodigano, nelle domande incessanti sulla sua salute, su questo o quel disturbo, ecc. Nessuna cosa contribuisce maggiormente a conservare e fomentare le preoccupazioni ipocondriache del paziente, a prolungare indefinitamente la durata della malattia. È in questo caso che si rende necessario l'*isolamento.*

Cura sistematica di Weir Mitchell. — Weir Mitchell ha ideato un metodo di cura della neurastenia femminile che ha dato i più felici risultati. Questo metodo è raccomandato soprattutto nelle forme gravi ed inveterate; in quelle nelle quali dominano i fenomeni dispeptici, l'anoressia, il dimagramento, l'astenia neuro-muscolare. La sua originalità consiste nell'associazione sistematica di un certo numero di mezzi terapeutici come l'isolamento, il riposo, il massaggio, l'elettricità, con un certo regime dietetico che ha per risultato la sovralimentazione.

L'*isolamento* deve essere completo e durevole; l'ammalata deve essere alloggiata fuori della propria casa, lontana dalla sua famiglia, tolta insomma dall'ambiente morale e materiale nel quale si è sviluppata e coltivata la sua malattia.

Il completo *riposo* fisico ed intellettuale è la seconda condizione imposta alla paziente, fino a tanto che le forze non le siano ritornate.

Questo riposo assoluto o prolungato non è scevro d'inconvenienti, perchè porta una diminuzione dell'appetito e rallentamento delle funzioni digestive già insufficienti. Per ovviare a questi inconvenienti si ricorre al *massaggio*, ai movimenti passivi, alla *faradizzazione* delle masse muscolari. Il regime alimentare consiste nella dieta lattea, alla quale si associano a poco a poco un pasto, due, tre pasti di alimenti solidi, con dosi d'olio di fegato di merluzzo, ecc.

II.

EPILESSIA

L'epilessia (επιλαμβανειν = sorprendere) è conosciuta dalla più remota antichità. È il *morbus sacer*, il *morbus divinus* della leggenda mitologica, il *mal comiziale* dei Romani. Lo si chiama pure *mal caduco*, *haut mal*, [mal di S. Giovanni], ecc.

Per molto tempo essa fu considerata una malattia autonoma, come una nevrosi, cioè come un'affezione " essenziale „ non derivante da alcuna apprezzabile lesione dei centri nervosi. Questo concetto deve attualmente essere abbandonato. Bravais e H. Jackson hanno descritto, e perciò sottratto al dominio dell'epilessia detta essenziale, il gruppo delle epilessie sintomatiche di lesioni cerebrali a focolaio. D'altra parte, dopo avere studiate a parte come altrettante forme distinte, l'eclampsia delle partorienti, le *convulsioni dei bambini*, le convulsioni che si manifestano nel corso di certi stati *tossici* (uremia, piombo, alcool, assenzio) e di alcuni stati infettivi, si è cominciato a notare la grande analogia sintomatica di queste epilessie accidentali e del morbo comiziale comune; poi si è visto che queste epilessie *acute* (Féré) servivano talvolta di addentellato all'epilessia cronica. È certo che, anatomicamente, la malattia può talvolta attribuirsi ad alterazioni cerebrali grossolane, evidenti, come encefaliti, sclerosi, ecc. Recenti ricerche istologiche sono giunte a stabilire, almeno in alcuni casi, l'esistenza di alterazioni importanti nella corteccia di cervelli epilettici che ad occhio nudo sembravano normali. Per tutte queste nozioni e per altre ancora, che ricorderemo, concernenti l'eziologia, la diversità d'origine, l'anatomia patologica dell'epilessia, non è più lecito considerare questa malattia come una malattia autonoma, nè come una pura nevrosi, ma si deve invece ritenerla una sindrome che può apparire nel corso o sotto l'influenza di *stati patologici svariatissimi*. Bisogna però riconoscere che si incontrano anche degli epilettici la cui malattia non potrebbe essere messa in rapporto con un determinato elemento eziologico, e che all'autopsia non rivelano nessuna alterazione *apprezzabile* neppure col più attento esame istologico dei centri nervosi. Le lesioni minute o grossolane recentemente descritte nei centri encefalici o bulbari degli epilettici sono incostanti, dimodochè forse non si è autorizzati a trovare in esse, almeno in *tutti* i casi, la spiegazione, la ragione sufficiente ed esclusiva degli accessi. Insomma l'anatomia e la fisiologia patologica dell'epilessia volgare, della quale più particolarmente ci occuperemo nel corso di questo capitolo, sono ancora molto imperfette ed imprecise.

Descrizione clinica degli accessi epilettici.

Aura e prodromi dell'accesso. — Spesso l'attacco epilettico è improvviso, senza prodromi di sorta; in uno stato di salute apparentemente ottimo l'ammalato cade tutto a tratto come fulminato. Ma non sempre avviene così; tutt'altro. Per verità molti epilettici sono avvisati del ritorno prossimo od imminente del loro " male „ da certi speciali disturbi, quasi sempre gli stessi

per ciascun ammalato e la cui comparsa precede o immediatamente (aura) o di qualche giorno o di qualche ora (prodromi lontani) l'attacco convulsivo.

Prodromi lontani. — Questi sintomi precursori dell'attacco epilettico possono precedere di parecchi giorni o solo di qualche ora il parossismo. Variano da caso a caso; talvolta consistono in un disturbo motorio, tal'altra in un disturbo sensoriale o psichico. Tremori generalizzati o parziali, scosse muscolari, atto di biascicare, di digrignare i denti, di ammiccare, sono i fenomeni premonitori d'ordine motorio che qualche volta si sono potuti notare. Un'ammalata osservata da Féré (1) provava per cinque o sei ore prima dell'accesso convulsivo una sensazione di prurito, punture, su tutta la superficie della pelle. Un'altra accusava un senso di solletico all'ugola, al quale si accompagnava una tosse gutturale quasi incessante; tutto ciò per dodici ore circa, dopo di che si manifestava l'accesso epilettico. In altri casi il parossismo convulsivo è preannunziato da solletico ad uno degli occhi, ad una narice, o alla mucosa uretrale. Quanto agli organi di senso, si sono osservati qualche volta fotofobie, ronzii agli orecchi, sensazioni gustative particolari, ecc. Altre volte vi è una eccitazione genitale insolita (Voisin), un disturbo nella digestione, un impaccio nella respirazione, una oppressione particolare, un'eruzione. Fournier cita il caso di un epilettico nel quale si presentava al lato sinistro del collo una macchia eritematosa due o tre giorni prima dell'accesso. In un'ammalata di Féré si manifestava una mezz'ora prima dell'attacco un'eruzione d'orticaria localizzata alla parte superiore del torace.

Aura. — Questa parola serve a designare il disturbo particolare, come che sia, sensitivo, motorio o psichico, più o meno distintamente percepito dall'ammalato, e che segna l'*inizio* dell'attacco epilettico; è in verità il sintoma iniziale dell'accesso.

L'aura si manifesta talvolta sotto forma di una scossa muscolare, di un tremore o di uno spasmo che, dapprima localizzato alla periferia di un arto, sale, per esempio, dalla mano verso la spalla, per poi dar tosto luogo all'attacco. A questo proposito si fa giustamente osservare (Féré) che " certe *aure motorie* dell'epilessia detta volgare hanno la più grande analogia coll'inizio dell'accesso di epilessia parziale da cui differiscono solo per la rapidità della perdita di coscienza e pella diffusione delle convulsioni „; e questa osservazione è importante per la fisiologia patologica degli accessi epilettici. Lo spasmo avvisatore non è sempre unilaterale; può manifestarsi simultaneamente e simmetricamente da ambo i lati. In alcuni casi il segno dell'inizio dell'accesso è rappresentato non da una condizione spasmodica, ma da un movimento automatico o da una serie di movimenti coordinati. Un ammalato porta la propria mano al volto e si gratta la fronte, un altro strizza gli occhi o passa la lingua sulle sue labbra. Certi epilettici girano su sè stessi, altri camminano, corrono o indietreggiano (*aura cursativa*); altri ancora sono assaliti da sbadigli, singhiozzi, da tosse spasmodica al momento dell'inizio dell'accesso. Questi fenomeni motori sono talvolta accompagnati da sensazioni diverse.

L'*aura* può essere semplicemente sensitiva. In tal caso l'accesso è annunziato da una sensazione speciale localizzata a un punto qualunque dagli arti o del tronco e che si eleva verso la testa più o meno rapidamente; talvolta si tratta di un senso di caldo o di freddo, talvolta di un senso di torpore, di prurito, di pizzicamento, di un dolore, ecc. Alcuni ammalati, ed è questo un particolare sul quale conviene insistere, accusano una sensazione di bolo o di

(1) Ch. Féré, Épilepsies et épileptiques.

corpo straniero che, partendo dall'epigastrio o dal basso ventre, sale verso il collo. Questa varietà d'aura epilettica presenta la massima analogia coll'aura comune degli isterici.

Particolarmente interessanti sono le aure *sensoriali*. Unilaterali o bilaterali, esse attaccano talvolta un solo apparato, tal'altra più apparati sensori contemporaneamente. Le più frequenti di tutte sono quelle che interessano la funzione visiva. Certi ammalati sono assaliti tutto ad un tratto da fotofobia, altri vengono presi da un obnubilamento della vista che può giungere sino alla cecità completa (*a*); altri ancora si veggono comparire davanti agli occhi degli scotomi di forme e colori diversi, il più delle volte di colore rosso. Esempi piuttosto numerosi di visione colorata annunziante l'inizio dell'attacco sono stati riferiti da Gowers. Talvolta gli ammalati vedono oggetti più grossi o più piccoli del reale oppure li vedono avanzarsi o allontanarsi con un movimento rapido, oppure crescere smisuratamente in altezza o in larghezza. Alcuni hanno diplopia. Infine si possono osservare allucinazioni più complesse, come l'apparizione d'una persona nota al paziente o d'un personaggio fantastico. In generale gli epilettici vedono queste immagini allucinatorie avanzarsi sopra di essi, e la perdita della coscienza avviene nel momento in cui ne sentono il contatto.

L'*aura uditiva* consiste talvolta in un'iperacusi dolorosa, talvolta in un indebolimento istantaneo dell'udito. Altre volte l'ammalato sente un sibilo, una detonazione; ode voci che lo chiamano o l'ingiuriano, ecc.

Le sensazioni *olfattive* o *gustative* che segnano talora l'inizio dell'accesso epilettico sono quasi sempre sgradevoli. L'ammalato sente un odore di solfo, di carne putrida, un gusto amaro o metallico, oppure ha una sensazione speciale, strana, e che non sa ben definire.

Le aure *psichiche* sono, al pari delle motorie e sensoriali, svariatissime. Hughlings Jackson (1) ha fatto conoscere una forma d'aura intellettuale che consiste in una " reminiscenza " rapida e fugace di qualche avvenimento antecedente. Cosa strana, questa reminiscenza talvolta abbraccia quasi tutti gli avvenimenti susseguitisi durante la vita dell'ammalato. Questa visione mentale ha luogo in uno stato di semi-coscienza che ricorda quello del sogno, dimodochè l'ammalato quando rinviene ne conserva un ricordo abbastanza preciso. In un ammalato di Féré l'accesso veniva spesso annunziato da un dubbio d'ordine metafisico e relativo all'esistenza di Dio.

L'accesso è talvolta preceduto da uno stato di depressione melanconica che aumenta gradatamente; altre volte la modificazione psichica premonitoria si produce bruscamente: l'ammalato manifesta d'un tratto un terrore pazzo, e quasi all'istante sopraggiunge l'accesso. Certi epilettici provano, qualche momento prima dell'inizio del parossismo, un indebolimento profondo, altri una speciale esaltazione delle facoltà intellettuali. Ve ne sono alcuni che, dominati da impulsi irresistibili, commettono atti strani o sconvenienti, diventano d'un tratto e scientemente violenti, collerici, litigiosi, respingono le persone che li circondano e cadono in convulsioni.

(*a*) [Osservando attentamente questi casi col perimetro si può notare, ed io lo constatai parecchie volte, come il CV vada man mano restringendosi all'avvicinarsi dell'accesso fino a ridursi puntiforme, ed allora scoppia la crisi. La restrizione concentrica del CV comincia, a seconda dei casi, qualche giorno, o qualche ora prima, ed è avvertita dal paziente per la diminuzione progressiva della facoltà visiva (S.)].

(1) Hughlings Jackson, *Brain*, 1888, vol. XI, pag. 179.

Anche i visceri sono qualche volta sede di disturbi peculiari che precedono immediatamente l'attacco epilettico. Talora si tratta di un dolore precordiale o di violente palpitazioni di cuore, talvolta di angoscia respiratoria accompagnata da sensazione di spasmo laringeo. In alcuni casi l'aura consiste in una sensazione di peso all'epigastrio seguìta da nausee e da vomiti; talvolta è caratterizzata da violente coliche, da un bisogno urgente di defecare. Tra i fenomeni dell'aura si è notata pure una sensazione di vertigine (Beevor), un disturbo della favella, come la balbuzie o la parafasia.

Alcuni osservatori, che poterono assistere a certe manifestazioni dell'aura epilettica, ricercarono e notarono durante questa fase prodromica certe modificazioni della temperatura e della circolazione. Bevan-Lewis osservò un'elevazione della temperatura centrale, ed A. Voisin un'ipertermia locale agli arti che sono occupati dall'aura. Infine Féré potè constatare, collo sfigmomanometro, l'aumento della pressione alla radiale un poco prima dell'inizio dell'accesso, e si sa che questa particolarità è stata pure osservata da François Franck nelle sue ricerche sperimentali sull'epilessia di origine corticale.

Questi dati non sono privi d'importanza; l'accrescimento della pressione arteriosa, l'elevazione della temperatura generale, da cui sono acompagnate le manifestazioni premonitorie dell'attacco, provano che l'aura non è che la ripercussione alla periferia di uno stato morboso dei centri nervosi, che essa non rappresenta un fenomeno isolato precursore dell'attacco, ma il primo sintoma, il principio dell'attacco stesso. Lo studio delle aure epilettiche acquista perciò un interesse capitale per la localizzazione nei centri nervosi delle lesioni che sono le vere o presunte cause dell'epilessia (Hughlings Jackson).

Il parossismo epilettico può presentarsi sotto svariatissime forme. Descriveremo successivamente:

A. Il *grande accesso* convulsivo (*haut mal*).

B. Gli *accessi incompleti* o anormali: assenze, vertigini, scosse, ecc. (*petit mal*).

C. I parossismi viscerali, sensorii e psichici, *equivalenti* dell'accesso epilettico.

A. **Grande accesso convulsivo.** — Preceduto o non da fenomeni prodromici o da aura, l'accesso epilettico comincia in generale d'un tratto. Improvvisamente l'ammalato impallidisce, getta un grido, cade privo di coscienza e la crisi decorre in tre periodi distinti: 1° un periodo di convulsioni *toniche;* 2° un periodo di convulsioni *cloniche;* 3° un periodo *stertoroso.*

D'un tratto tutti i muscoli del corpo entrano in rigidità tetanica; si vede dapprima la testa piegarsi un po' o portarsi all'indietro; i bulbi oculari si dirigono in alto e dal lato ove si piega la testa, poi si fissano in istrabismo convergente, mentre le palpebre si chiudono convulsivamente; le pupille sono dilatate, insensibili alla luce; i lineamenti del volto sono stirati e la lingua presa fra le mascelle chiuse viene qualche volta morsa profondamente. Gli arti sono irrigiditi, spesso in estensione e animati da scosse rapide; i pugni sono stretti e piegati in pronazione forzata. Essendo il petto fissato in posizione espiratoria, la respirazione è nulla e la faccia si congestiona, diviene rossa, poi violacea. A questo momento l'ostacolo circolatorio è tale che avvengono talora rotture di vasi nelle congiuntive, sotto la pelle delle palpebre.

Spesso avviene anche che la contrazione dei muscoli addominali provochi una improvvisa espulsione d'urina o di materie fecali. Il polso è frequente e la pressione arteriosa molto elevata. In alcuni casi si è potuto fare l'esame del fondo dell'occhio e constatare un restringimento spasmodico delle arterie retiniche seguìto alla fine dell'accesso da una congestione venosa intensa. La

durata di questa fase tonica non è che di qualche secondo. Poi la contrazione generale dei muscoli diminuisce, e cominciano le convulsioni cloniche.

Tutto il corpo è agitato da scosse convulsive, il cui ritmo, dapprima rapido, si rallenta gradatamente. Queste convulsioni predominano generalmente in una metà del corpo. La testa eseguisce movimenti affrettati di rotazione; sotto le palpebre ammiccanti gli occhi ruotano da un lato all'altro con brevi scosse; le mandibole si allontanano e si avvicinano; digrignano i denti; la lingua spinta fuori della bocca si vede lacerata e della saliva sanguinolenta mista ad aria è cacciata fra le labbra violacee e morsicate sotto forma di schiuma rossastra. I muscoli della faccia stirati in tutti i sensi dànno al volto un aspetto ripugnante, come di chi fa continue smorfie. Durante questo periodo clonico la respirazione è intercisa, più o meno sterlorosa, ma sempre incompleta; lo stato asfittico e la cianosi persistono; i battiti cardiaci sono affrettati, la tensione arteriosa esagerata. L'evacuazione delle urine o delle feci che, quando ha luogo al principio dell'accesso, è dovuta alla contrazione dell'intestino e alla spinta dei muscoli della parete addominale, può avvenire in questa fase per rilasciamento degli sfinteri. In questo momento le convulsioni si calmano, poi cessano completamente. La respirazione si fa più ampia, più regolare, comincia il periodo *stertoroso*.

L'ammalato giace in uno stato di torpore soporoso, russando in modo più o meno sonoro. I suoi arti flaccidi ed inerti sono in risoluzione. L'insensibilità è incompleta come nello stadio convulsivo. La bocca e le narici ingombre di mucosità spesse esalano un odore ributtante; il corpo si copre talvolta di un sudore fetido. La faccia, sino allora violacea, diventa poco a poco pallida e prende una tinta livida. Questo sopore si prolunga per qualche minuto, per una mezz'ora, qualche volta di più. Infine l'ammalato apre gli occhi, eseguisce qualche movimento automatico, gira intorno uno sguardo vago, ebete, e rinviene senza conservare nessun ricordo di quanto è avvenuto. Il paziente ha subìto l'accesso, per così dire, in sito, senza cambiare di posizione, senza grandi movimenti, alla chetichella. In generale l'accesso anche isolato determina una elevazione notevole della temperatura, elevazione che varia da qualche decimo a un grado. La sua durata totale non sorpassa i tre minuti.

Tale è il quadro del grande accesso epilettico nella sua forma completa e classica. Ma questi caratteri non sono fissi. L'accesso può presentare nei diversi ammalati, talvolta anche nello stesso individuo, numerosissime varianti. La fase delle convulsioni toniche può essere di molto abbreviata, può essere appena accennata, o mancare addirittura. Le convulsioni cloniche non sempre si mostrano generalizzate; in certi casi si limitano o predominano alla faccia, o agli arti superiori; il grido iniziale, le morsicature alla lingua, le scariche alvine mancano piuttosto frequentemente. All'incontro vi ha un carattere costante dell'accesso epilettico, ed è che l'ammalato, rinvenendo, non ha coscienza della crisi che ha attraversato. Se alcuni epilettici ricordano i sintomi premonitori, le sensazioni dell'aura, ed anche il grido che emettono cadendo, i più non rammentano niente affatto di quanto è avvenuto durante l'attacco; talvolta si riscontra in essi persino un'amnesia retrograda, che interessa l'accesso e gli avvenimenti che lo precedettero.

Quando l'accesso ha luogo di notte, passa sovente inosservato, perchè il periodo stertoroso si continua nel sonno naturale. Molti epilettici, essendo assaliti da accessi solo durante la notte, ignorano il loro male sino al momento in cui una morsicatura della lingua, un'evacuazione di urina, una ecchimosi, oppure un accesso diurno ne rivelano l'esistenza.

Ore e frequenza degli attacchi. — **Stato di male.** — Bene spesso, soprattutto all'inizio della malattia, gli accessi epilettici si manifestano *durante la notte*, e più specialmente nella seconda metà della notte all'avvicinarsi del mattino, oppure nei primi momenti che seguono dopo alzato dal letto. Ma a questo riguardo non vi sono regole assolute e l'accesso può manifestarsi in qualunque ora.

La frequenza degli attacchi è variabilissima. Vi sono ammalati, i quali non hanno avuto che due o tre accessi in tutto il corso della vita; in altri l'accesso si ripete tutti gli anni, tutti i mesi. Nelle donne il ritorno e la recrudescenza degli accessi coincide spesso col periodo catameniale. Gli attacchi spesso si moltiplicano in conseguenza di eccessi, di fatiche d'ogni sorta, di emozioni; una malattia febbrile intercorrente talvolta ha per effetto la sospensione momentanea degli accessi. Nei periodi di aggravamento che si osservano nella maggior parte degli ammalati si possono contare tutti i giorni uno o più attacchi in serie, succedentisi ad intervalli più o meno larghi. Quando si seguono a brevissima distanza, quando sono *subentranti* e l'ammalato *non riprende la coscienza* nell'intervallo degli accessi, in altre parole quando un accesso scoppia prima ancora che abbia avuto fine il precedente, si può affermare che si ha *stato di male.*

Lo stato di male dell'epilessia è la forma più grave del parossismo epilettico. Venne avvertito da Calmeil, Herpin, ecc., ed accuratamente studiato e descritto da Bourneville (1). Esso può costituirsi di un tratto o dopo una serie di crisi separate da brevi intervalli. Percorre generalmente due periodi: un periodo convulsivo, un periodo di esaurimento o di collasso. Durante il primo periodo le crisi convulsive sono incessanti, e talvolta la morte sopravviene in mezzo alle convulsioni. Ma il più delle volte dopo un lasso di tempo variabile da qualche ora a due o tre giorni si vedono gli spasmi attenuarsi, poi cessare completamente, ed infine l'ammalato cadere in collasso. La temperatura, che si era elevata fino dai primi accessi, può giungere a 40°-41°, ed anche al disopra (Bourneville). In certi casi essa continua a salire anche dopo la morte. Durante questo periodo di abbattimento o di coma, la respirazione, dapprima intercisa, diviene sempre più superficiale: il volto impallidisce, le pupille fortemente dilatate sono insensibili alla luce, la pelle si copre di un sudore vischioso, gli arti sono flaccidi, le più energiche eccitazioni cutanee restano senza effetto; i riflessi rotulei talvolta sono soppressi. Il polso dapprima frequentissimo si rallenta, indebolisce progressivamente; e in poco tempo l'ammalato soccombe.

In casi più fortunati, invece, gli accessi diventano meno frequenti e meno violenti; la temperatura si abbassa; le pupille riacquistano la loro sensibilità all'eccitazione luminosa, ed il paziente riprende poco a poco la coscienza.

Conviene notare che lo *stato di male* non è sempre costituito da grandi attacchi convulsivi, ma che può anche essere rappresentato da accessi incompleti, da vertigini succedentisi senza intervalli. Sono appunto queste forme irregolari di parossismi epilettici quelle che descriveremo ora.

B. **Accessi incompleti o anormali.** — Queste forme irregolari del parossismo epilettico variano, per così dire, all'infinito. Esse si presentano con aspetti clinici talvolta molto strani ed inattesi. Qui possiamo soltanto indicare

---

(1) Bourneville, Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux, 1872; *Bull. Soc. Biol.*, 1874.

i tipi più comunemente osservati. Notiamo però che queste manifestazioni dell'epilessia larvata hanno il più delle volte una fisionomia propria, sicchè una volta studiate, non si potrebbero confondere con nessun'altra affezione. Esse compaiono spesso all'inizio della malattia, prima che entrino in scena i primi grandi accessi convulsivi; altre volte si alternano colle grandi crisi, oppure le sostituiscono quando l'epilessia tende ad attenuarsi, o per effetto della cura, o spontaneamente.

Vertigine. — L'ammalato perde d'un tratto la coscienza, e cade o soltanto minaccia di cadere; si manifestano alcune convulsioni, però leggerissime, molto brevi e che di frequente passano inosservate: una deviazione della testa o degli occhi, un'increspatura delle labbra, e null'altro. Il periodo stertoroso generalmente manca. È questa la forma designata più specialmente col nome di *piccolo male* (*petit mal*).

In alcuni casi l'accesso ha luogo sotto l'apparenza di un vero *colpo apoplettiforme*. Di un tratto l'ammalato cade pesantemente, privo di coscienza; non si hanno convulsioni, nè spasmo; ma nei casi di questo genere lo stato stertoroso dura talvolta per un tempo abbastanza lungo (Trousseau).

L'*assenza* in generale ha i seguenti caratteri: improvvisamente, senza fenomeni premonitorii, senza grido, l'ammalato perde la coscienza; nel tempo stesso il suo volto impallidisce; se egli parlava, si interrompe bruscamente e non termina la frase incominciata. Non cade: immobile, cogli occhi fissi, colla faccia assorta, l'aria strana, resta insensibile senza vedere, senza sentire nulla in una specie d'estasi. Talvolta mastica, biascica, borbotta qualche parola incomprensibile, od eseguisce qualche movimento automatico, oppure lascia cadere o lancia via con forza l'oggetto che aveva fra mani. Tutto ciò dura qualche secondo. Il paziente ritorna tosto in sè stesso, riprende la conversazione dove l'aveva lasciata, o si rimette al suo lavoro, senza essersi per nulla accorto di ciò che gli è avvenuto. Questi accessi lasciano talvolta l'ammalato in uno stato di stupore o di confusione mentale più o meno spiccato, che però si dissipa rapidamente. In certi casi questi accessi di *piccolo male*, vertigini o assenze, hanno una durata così breve che non vengono neppure avvertiti dalle persone che si trovano coll'ammalato quando l'accesso stesso compare. Eccone un esempio: un epilettico giuoca a carte; egli tiene in mano la carta e sta per gettarla sul tappeto; di un tratto si arresta immobile, i suoi occhi si chiudono; fa un profondo sospiro, e dopo un istante d'incoscienza getta la carta sul tappeto e continua il giuoco. In un'altra modalità di assenza che descriveremo cogli equivalenti psichici dell'epilessia, l'individuo perde subitamente la coscienza e si abbandona per alcuni istanti a un delirio di atti o di parole. Proferisce delle ingiurie, compie atti osceni, ecc.

Epilessia procursiva. — Sotto il nome di epilessia procursiva si è descritta una forma di attacco epilettico che si osserva il più delle volte nei bambini, e nella quale l'individuo, spinto da una forza irresistibile, si mette improvvisamente a correre od a camminare senza averne coscienza. Questa corsa epilettica può costituire da sola tutto l'accesso; ma talvolta essa precede, a guisa di preludio, l'accesso convulsivo, oppure gli tien dietro. Bourneville e Bricon (1), Ladame (2), Mairet (3), Delbreil hanno studiato in particolar modo questa

---

(1) *Archives de Neurologie*, vol. XIII, XIV, XV e XVI.
(2) *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1889.
(3) De l'épilepsie procursive; Thèse de doct., Lilla 1889.

forma di parossismo che, dapprima isolato, nel corso successivo della malattia si alterna cogli accessi convulsivi.

Automatismo ambulatorio. — Quando l'impulso procursivo si prolunga, l'ammalato compie inconsciamente delle vere fughe, la cui durata in generale varia da qualche minuto a parecchie ore. In certi casi eccezionali l'accesso ambulatorio può prolungarsi per parecchi giorni consecutivi, talvolta per una settimana intiera (Charcot) qualche volta anche di più (caso di Lasègue e di Legrand du Saulle). Questa forma, recentemente studiata da Charcot sotto il nome di *automatismo comiziale ambulatorio*, si presenta con caratteri veramente singolari. Senza prodromi, oppure dopo qualche vago malessere, cefalea, tristezza senza causa conosciuta, ecc., l'ammalato abbandona improvvisamente la casa e le occupazioni. Si pone in cammino, intraprende un viaggio, compera un biglietto ferroviario, si imbarca, scende all'albergo, paga le sue spese e prosegue il viaggio senza che nessuno osservi alcunchè di normale nella sua condotta. Quando ritorna in sè, egli si informa del luogo dove si trova e rimane meravigliato di essere lontano da casa sua, non ricordandosi nè della partenza nè della via percorsa. L'amnesia di tutti gli atti compiuti può essere completa; ma talvolta sforzandosi di rammentare, il paziente trova nella sua memoria qualche lembo di paesaggio intravisto o qualche caso della lunga corsa appena compiuta. In queste fughe epilettiche l'ammalato si abbandona talvolta ad atti incoerenti od anche delittuosi. Descriveremo queste modalità dell'accesso cogli impulsi e coi parossismi mentali dell'epilessia larvata.

Crisi stertorose. — Tra le manifestazioni anomale del parossismo epilettico si sono descritte anche delle *crisi di sonno*. Eccone la principale caratteristica: il paziente è preso da un imperioso e subitaneo bisogno di dormire; per un'ora o per parecchie ore consecutive egli sta immerso in un sonno stertoroso, dopo il quale può cadere in delirio violento come nel caso riferito da Caffe e Semelaigue, oppure si sveglia gradatamente e senz'altro accidente. Queste crisi di sonno stertoroso sembra si debbano con tutta ragione ascrivere all'epilessia, perchè si vedono talvolta comparire ad ore fisse, alternate da vertigini o da altri accessi convulsivi incompleti, e perchè infine possono cedere alla cura dei bromuri (1).

Scosse, tremori. — In alcuni ammalati i grandi attacchi convulsivi sono momentaneamente sostituiti da crisi di tremore susseguite da depressione cerebrale, oppure da alcune scosse generalizzate, rapide e fugaci, che vanno ripetendosi ad intervalli variabili nei periodi che separano i grandi accessi.

In alcuni casi, per verità eccezionali, si manifestano scosse muscolari parziali ed isolate, localizzate alla faccia, ad uno degli arti, ed aventi tutta l'apparenza di un tic comune. Questi spasmi, secondo certi autori, non sarebbero che l'accenno di accessi convulsivi abortiti.

Tic di Salaam. — Si sa che questa singolare convulsione si osserva esclusivamente nella prima infanzia. Nella sua forma più comune essa è costituita da una serie di movimenti di flessione e di estensione della testa e della parte superiore del tronco (*spasmus salutans*), che si fanno nel senso antero-posteriore e si succedono d'un *tratto* senza interruzione sino al numero di 20-30-50 al minuto e talvolta anche più frequenti.

La crisi, talvolta diurna talvolta notturna, si ripete così con minore o maggiore frequenza. Il tic di Salaam presenta non poche varietà, che qui non dobbiamo descrivere. Queste salutazioni convulsive sono ad ogni modo ben lungi

(1) Kesteven, *Clinical Society*, 1879, pag. 168.

dal rispondere a un tipo unico non solamente per la loro forma esterna, ma anche per la loro natura, pel loro significato patologico. Ora, in alcuni casi, esse hanno tali caratteri che devono essere riguardate come strettamente connesse coll'epilessia. Infatti in alcuni bambini l'accesso è preceduto da un improvviso pallore del volto, con fissità dello sguardo e dilatazione pupillare; è accompagnato inoltre da perdita di coscienza persistente fino al termine della crisi. Molti di questi piccoli ammalati presentano presto o tardi qualche attacco di epilessia comune, infine, talvolta si è potuto seguire la trasformazione di questi accessi incompleti in convulsioni generalizzate e tipiche (1). Conviene adunque porre certi casi di questo *spasmo salutatorio* fra le forme incomplete del parossismo epilettico (2).

Quanto all'*asma timico* o asma di Kopp, che qui non è il caso di descrivere, la sua stretta parentela coll'epilessia infantile è ormai generalmente ammessa.

C. **Equivalenti dell'accesso epilettico.** — Questa denominazione viene data a un certo numero di fenomeni sensorii, viscerali o psichici, la cui natura epilettica è dimostrata dalla loro coesistenza negli stessi ammalati coi parossismi convulsivi che essi talvolta sostituiscono, dal loro andamento parossistico, dai ritorni periodici, ed infine dall'influenza favorevole esercitata su di essi dalla cura coi bromuri.

1° *Parossismi viscerali e sensoriali.* — Potremmo qui nuovamente enumerare le diverse sensazioni subbiettive, le allucinazioni sensoriali, i vari disturbi viscerali (vomiti, malessere addominale, bisogni imperiosi ed improvvisi di defecare, ecc.) già sopra indicati tra i fenomeni premonitorii dell'accesso convulsivo. In fatti la maggior parte delle sindromi sensoriali o viscerali, *succedanee* dell'accesso epilettico, sono rappresentate precisamente da qualcuna delle manifestazioni premonitorie (3). Invero questi parossismi non sono che accessi incompleti, abortiti, che si arrestano al sintoma iniziale, qualche volta all'aura stessa.

Fra le sindromi parossistiche equivalenti dell'accesso epilettico si sono notate anche delle crisi di angina pectoris (Trousseau), delle emicranie, certi tics dolorosi del volto (Trousseau, Féré), degli accessi d'asma (Salter, Schüle), degli attacchi di sincope (Thurn).

2° *Parossismi psichici.* — I disturbi mentali parossistici di cui stiamo per trattare possono precedere o susseguire il grande accesso convulsivo, gli accessi incompleti, le vertigini. Ma è certo che essi possono anche manifestarsi indipendentemente da qualsiasi crisi convulsiva, negli intervalli fra gli accessi, oppure anche in vece e luogo dei parossismi convulsivi. Essi sono allora veri *equivalenti* dell'accesso spasmodico. L'esistenza di queste crisi mentali negata da Legrand du Saulle (Maudsley) è ormai ammessa incontestabilmente. Morel, Delasiauve diedero buone descrizioni di queste forme di d'epilessia *larvata* (*a*).

I delirii impulsivi degli epilettici compaiono il più delle volte improvvi-

---

(1) Ch. Féré, Le Tic de Salaam, les salutations névropathiques, in *Progrès médical*, 1883.

(2) Gautier, *France médicale*, 1883. V. pure Descroizilles, Du vertige épilept. et du tic de Salaam; *Semaine médicale*, 1885.

(3) Hammond, On thalamic epilepsy; *Archives of Medecine*, agosto 1880. V. anche la memoria di Anderson, On Sensory Epilepsy; *Brain*, 1886.

(*a*) [V. pure in proposito il *Trattato clinico dell'epilessia* di L. Roncoroni, Milano, L. Vallardi, editore, dove sono pure ampiamente descritti i caratteri degenerativi dell'epilettico (S.)].

samente. Talvolta invece sono preceduti da qualche speciale disturbo, aura sensoria, cefalea, timore vago, inquietudine, irritabilità anormale. La direzione di questi delirii è variabile in sommo grado. Talvolta il paziente profferisce di un tratto parole incoerenti o si abbandona ad atti che non hanno relazione colle circostanze del momento, o che sono per sè assurde; altre volte ingiuria e percuote brutalmente qualcuno, rompe gli oggetti che gli cadono sotto mano. Questi atti impulsivi sono molte volte determinati e guidati da allucinazioni diverse. I più importanti a conoscersi sono gli impulsi omicidi, osceni o piromaniaci, quelli in una parola che dànno luogo a perizie medico-legali. I caratteri principali di questi delirii sono la loro ripetizione ad intervalli qualche volta regolari, il compiersi di atti delittuosi, sempre gli stessi per un dato individuo; l'uniformità del modo con cui questi atti vengono compiuti, l'eccesso della violenza usata. In generale questi parossismi cessano rapidamente come rapidamente hanno avuto inizio; ma in certi casi sono susseguiti da una fase di depressione o di esaurimento, che può persino andare al torpore soporoso. L'incoscienza dell'ammalato o almeno la completa dimenticanza degli atti colpevoli o assurdi, commessi durante il parossismo, è pure un carattere quasi costante di queste crisi di delirio epilettico. Qualche volta però l'ammalato ha piena coscienza del carattere criminoso o reprensibile dei suoi atti nel momento stesso in cui li compie, e ne conserva esatto ricordo dopo la crisi. Ma anche in questi casi l'impulso è irresistibile. Solo che il compimento degli atti criminosi è accompagnato in tal caso da un'ansietà penosissima, da un vero dolore morale. È questo il *petit mal intellectuel* (J. Falret).

D'altra parte si sono visti alcuni ammalati riacquistare la coscienza di un tratto in mezzo al loro delirio, durante il compimento stesso dell'atto criminoso, e umiliati sostenere di aver agito scientemente, volontariamente, e cercare di spiegare il loro atto, connettendolo con qualche avvenimento della loro vita passata. Questi fatti tanto singolari hanno evidentemente un grande interesse dal punto di vista medico-legale.

J. Falret descrisse sotto il nome di *grand mal intellectuel* degli accessi di mania che susseguono o si sostituiscono a vertigini, ad accessi convulsivi temporaneamente soppressi. Come il piccolo male, la *mania epilettica*, quando è di breve durata, appare improvvisamente e così scompare. Tra la calma più profonda o dopo qualche disturbo precursore simile a quelli che precedono talvolta gli accessi convulsivi, l'ammalato diventa irritabile, loquace, si agita violentemente e tosto si accende d'una collera furiosa: grida, ingiuria, percuote. La faccia è congesta, i lineamenti convulsi hanno un'espressione d'ira o di ferocia da atterrire. I gesti sono violenti, ma non incoordinati; i movimenti anzi hanno talora una forza ed una precisione terribili. Il paziente, insensibile al dolore, risponde però perfettamente a tono alle domande che gli si muovono. Invero la mania epilettica è meno incoerente della maggior parte degli altri accessi maniaci; e si può scoprire in mezzo a quest'agitazione in apparenza cieca una certa logica nel delirio che sembra sostenuto e diretto da gravi allucinazioni. La pelle si copre ben tosto di sudori, la voce diviene rauca o si spegne; la lingua si fa secca, la temperatura si eleva leggermente, poi la crisi cessa bruscamente dopo aver durato qualche ora. Se l'accesso di mania si prolunga tutto un giorno o per più giorni consecutivi, la temperatura può elevarsi fino a 40° e 41°. In tal caso la crisi può condurre ad uno stato di depressione profonda; talora anzi il paziente cade in coma e muore come potrebbe morire in seguito ad uno stato di male epilettico.

Fenomeni post-parossistici. — In seguito ai parossismi epilettici si possono osservare diversi disturbi, transitorii, di durata variabile e che con tutta verosimiglianza devonsi attribuire all'esaurimento della corteccia cerebrale o dei centri sottostanti. Si notarono dei tremori (Féré), delle paralisi parziali, dei disturbi nella favella, disturbi della sensibilità generale o speciale; ma la loro comparsa è relativamente rara, almeno in seguito agli attacchi di epilessia comune. Per contro l'esame comparativo dello stato delle forze avanti e dopo il parossismo (Féré) rivela il più delle volte una diminuzione notevole della energia motrice. Talvolta i riflessi rotulei sono indeboliti od anche momentaneamente aboliti (Gowers, Beevor).

La nutrizione subisce essa pure notevoli perturbamenti. Dopo alcuni accessi ripetutisi nel lasso di poche ore, il peso del corpo subisce nella maggior parte dei casi una diminuzione rilevantissima.

Mairet ha dimostrato che all'infuori degli accessi e dello stato di male dell'epilessia l'escrezione per la via urinaria dell'azoto e dell'acido fosforico non è modificata, mentre invece le crisi isolate o in serie elevano considerevolmente la proporzione di queste due sostanze. Lépine e Jacquin hanno visto che i fosfati terrosi delle urine crescevano dopo le vertigini o al momento degli accessi, mentre la quantità dell'azoto e dei fosfati alcalini non era punto modificata. A questi disturbi della nutrizione e dell'escrezione urinaria si possono avvicinare le crisi di poliuria, di diarrea, i disturbi nella secrezione sudorale e nella salivazione che molte volte susseguono agli accessi e infine l'abbassamento della pressione arteriosa che succede all'aumento di tensione delle prime fasi dell'accesso (Fr. Franck, Féré).

Demenza. — L'esaurimento dell'attività psichica consecutivo ai parossismi si presenta in tutti i gradi, dall'ebetudine leggiera fino allo stupore. Questo esaurimento post-parossistico ha luogo soprattutto dopo le assenze e le vertigini; si accentua quanto più gli accessi si ripetono e si avvicinano. Dopo qualche periodo di miglioramento che dà al disturbo mentale un decorso remittente, la depressione psichica può condurre alla demenza confermata, cioè all'abolizione definitiva di tutte le qualità intellettuali o morali. La demenza epilettica, infatti, non ha sempre un decorso fatalmente progressivo, perchè la sorte delle funzioni intellettuali dipende soprattutto dal numero e dalla frequenza degli accessi. Lo stato mentale sotto l'influenza della cura che allontana o sopprime gli accessi, si rialza talvolta nel modo più manifesto. Ma la depressione delle facoltà psichiche è legata qualche volta al decorso stesso ed alla diffusione delle lesioni cerebrali (sclerosi, meningiti croniche). Si comprende come in tal caso essa sia fatale.

Nei bambini le lesioni encefaliche e la successione delle crisi epilettiche da esse determinate hanno per conseguenza abituale l'arresto dello sviluppo psichico, cioè l'idiozia.

Eziologia. — In certi casi l'epilessia sembra svilupparsi spontaneamente. Fin dalla seconda infanzia, oppure all'epoca della pubertà, per esempio, le prime crisi scoppiano senza che sia possibile connetterle con una causa determinata: traumatismo, agenti infettivi o tossici, stato discrasico. I casi di questo genere non sono rari. Sono quelli che Lasègue ha avuto più particolarmente di mira quando descrisse l'epilessia come una malattia d'evoluzione, legata allo sviluppo anormale dell'individuo. Le future ricerche ci faranno conoscere, senza dubbio, le vere cause di queste epilessie, alle quali oggi si dà

ancora il nome affatto provvisorio di idiopatiche. Ma le origini dell'epilessia non sono sempre così vaghe e così ignorate. Le cause *determinanti* che si sono potute invocare sono numerosissime, come vedremo. Data la loro diversità, data anche la banalità di alcune di esse, è lecito pensare che esse agiscono soltanto su di un terreno preparato, e che senza dubbio la *predisposizione individuale* è un elemento di prim'ordine se non sempre necessario nella genesi dell'epilessia. Bisogna colle parole *predisposizione individuale* intendere una suscettibilità speciale dei centri nervosi, acquisita od ereditata.

Eredità. — Tutti i degenerati, tutti i membri della famiglia neuro-artritica, alienati, gottosi, ecc., possono procreare degli epilettici. Lo stesso dicasi degli individui la cui nutrizione generale è profondamente alterata da uno stato infettivo lento, come la sifilide, o da un' intossicazione cronica (alcoolismo, saturnismo). L'ubbriachezza in particolar modo è un fattore importante. Si riconosce questo antecedente nei parenti di un numero abbastanza grande di epilettici. Morel e Lucas hanno affermato l'influenza dell'ubbriachezza all'atto del concepimento.

L'eredità *similare* è molto meno frequente dell'eredità di *trasformazione*. Secondo le statistiche di Bourneville e di Féré, l'eredità similare sarebbe il più delle volte indiretta, passando la malattia dagli ascendenti ai discendenti collaterali.

La *consanguineità*, alla quale certi autori, specialmente Trousseau, hanno attribuito un'importanza capitale come fattore dell'epilessia, può dare origine all'epilessia come a tutte le forme neuropatiche, purchè però i congiunti siano affetti da labi morbose.

Queste diverse influenze ereditarie agiscono sui discendenti per processi diversi ed ancora poco chiari. Alcune sembrano solo capaci di produrre, negli individui che ne vengono affetti, la predisposizione morbosa, questa particolare impressionabilità degli elementi del sistema nervoso centrale, che li rende atti a produrre le reazioni parossistiche dell'epilessia sotto l'influenza di circostanze gravi o leggiere (alterazioni, stati tossici, eccitazioni periferiche.....). Le altre, come per esempio la sifilide, sembrano capaci di produrre talvolta la predisposizione generale all'alterazione degli elementi nervosi, tal'altra le lesioni locali encefaliche che determineranno direttamente gli accessi.

Lo stesso dicasi delle diverse cause morbose acquisite, delle molteplici cause accidentali che possono agire sul feto durante la gravidanza: le malattie infettive della madre, gli eccessi, le privazioni d'ogni genere durante la gestazione; il parto prematuro, e — durante il parto — le compressioni accidentali, l'asfissia, altrettante cause che si sono potute invocare, ma delle quali non si saprebbero precisare la vera importanza ed il modo di agire.

Non è dimostrato che nell'uomo l'epilessia acquisita possa trasmettersi ai discendenti per via d'eredità (si sa che questa proprietà è stata osservata da Brown-Séquard negli animali).

Età. — L'epilessia può comparire a qualunque periodo della vita. Si sa quanto siano frequenti le convulsioni nella prima infanzia. Tutti gli autori sono omai d'accordo nel mettere queste convulsioni in rapporto coll'epilessia. Identità di quadro sintomatico, frequenza delle convulsioni infantili negli antecedenti degli epilettici, tutto porta a credere che quest'opinione sia fondata. La storia di molti epilettici risponde infatti al tipo seguente: convulsioni al tempo della dentizione, convulsioni in occasione di un morbillo o d' altra

malattia acuta; poi gli accessi non si manifestano più per qualche anno; verso i dieci o i quindici anni le crisi ricompaiono, in seguito si ripetono ad intervalli indefinitamente variabili e la malattia è confermata.

Acquisita od ereditaria, l'epilessia può manifestarsi per la prima volta in età avanzata, cioè dopo il quarantesimo anno. L'epilessia *tardiva* è molto meno rara di quel che si creda generalmente; è più frequente nella donna, e si mostra più particolarmente al tempo della menopausa.

L'epilessia comune, detta idiopatica, quella che si sviluppa senza causa nota, appare quasi sempre al tempo della pubertà, fra i quattordici e i diciotto anni (Lasègue).

Sesso. — La maggior parte delle statistiche tende a dimostrare che l'epilessia è più frequente nella donna che nell'uomo.

Cause determinanti o provocatrici individuali. — Fra gli agenti tossici l'alcool ha certamente una parte considerevole nel determinare l'epilessia. È esso capace di produrla di sana pianta per le modificazioni anatomiche e funzionali che imprime ai centri nervosi? Non si potrebbe affermarlo. È bensì certo che in parecchi casi i primi accessi si manifestano in seguito a ripetuti eccessi alcoolici, che l'ubbriachezza è una condizione favorevole allo sviluppo dell'accesso, e che molte volte si è visto come essa risvegli un'epilessia apparentemente guarita da parecchi anni. Si sa che l'assenzio (Laborde e Magnan) e soprattutto le essenze d'anice [verde] e di anice stellato che entrano nella sua composizione (Cadéac e Mallet) provocano facilmente negli animali fenomeni convulsivi simili a quelli dell'epilessia. Ma non è dimostrato che le conclusioni di queste ricerche sperimentali sieno applicabili all'uomo.

Il grado ed il modo d'azione del *saturnismo* non sono neppure ben determinati.

Il cloroformio, l'etere (Christian), la cocaina (Magnan e Saury, Heimann), la morfina, l'abuso del tabacco, l'intossicazione mercuriale si sono ritenuti capaci di provocare il ritorno degli accessi, o di determinarne la comparsa. Ma le osservazioni intorno a questo ordine di fatti sono abbastanza scarse.

Malattie infettive. — In un numero notevole di casi l'epilessia appare come conseguenza immediata o lontana di malattie infettive, come la scarlattina, il vajolo, il morbillo, la febbre tifoidea, la malaria. Marie sostenne recentemente che gli agenti infettivi d'ogni sorta hanno una parte importantissima nella genesi dell'epilessia, e per le lesioni che determinano, e per le sostanze tossiche che elaborano nell'economia. Ch. Féré pone invece in prima linea e al disopra degli altri fattori eziologici (infezioni, tossiemie, ecc.), la predisposizione ereditaria. Per lui l'eclampsia infantile, la scarlattinosa, quella delle partorienti, le manifestazioni convulsive dell'uremia non sono che epilessie acute, le quali possono passare allo stato cronico, e considera la predisposizione ereditaria come la condizione prima, necessaria del loro sviluppo, l'infezione, l'intossicazione avendovi solo una parte secondaria, contingente.

I rapporti dell'epilessia generale colla *sifilide* sono stati bene studiati dal Prof. Fournier. La sifilide acquisita può provocare l'epilessia senza lesioni anatomiche note. Gli accessi si manifestano solitamente durante il periodo secondario e possono scomparire rapidamente per effetto della cura specifica. D'altra parte si può vedere l'infezione sifilitica esacerbare un'epilessia preesistente. Infine la sifilide terziaria, determinando lesioni delle ossa del cranio,

delle meningi, o del cervello, può produrre epilessie non solo parziali, cioè a tipo jacksoniano, ma anche generali e simili clinicamente all'epilessia vera.

Non possiamo qui che ricordare i rapporti ancora oscuri dell'epilessia colla gotta, col diabete, colla scrofola, colla melanemia (Charcot), collo strapazzo, coi disturbi circolatori legati sia all'asma ed all'enfisema (Kussmaul), sia alle lesioni mitrali ed aortiche (Lemoine), all'epilessia congestizia dei grandi mangiatori (Lépine), [alle affezioni nasali], ecc.

Traumatismo — Cause locali. — I colpi traumatici sull'estremità cefalica possono, o pel meccanismo della commozione cerebrale, o col produrre lesioni a focolaio (fratture, infossamenti, ecc.), determinare la comparsa immediata o lontana di accidenti convulsivi che, pei loro caratteri clinici e pei loro ritorni periodici, non differiscono essenzialmente in nulla dall'epilessia comune. Così pure si sono visti accessi d'epilessia provocati da irritazioni locali periferiche: ferite dei nervi, lesioni dell'occhio o delle fosse nasali, corpi stranieri nell'orecchio, lesioni uterine, ecc., o da lesioni centrali a focolaio (tumori cerebrali).

Epilessia d'origine spinale. — Brown-Séquard ha descritto una forma di epilessia che si sviluppa in seguito a diverse lesioni sperimentali del midollo spinale. Questa epilessia sperimentale può riscontrarsi nell'uomo, ed è stata osservata più specialmente come effetto di compressioni del midollo, come dimostrano gli esempi riferiti da Dumesnil, Gendrin, Charcot e Bouchard. Si tratta di una forma che ha tutte le apparenze dell'epilessia volgare e non dell'epilessia spinale (trepidazione epilettoide) che si manifesta comunemente in seguito a degenerazione dei cordoni laterali.

Influenza di certe condizioni fisiologiche. — Abbiamo già accennato alla importanza della pubertà, della menstruazione, della menopausa nello sviluppo degli accessi d'epilessia. Quale è l'influenza della gravidanza e del parto? Lasciando da parte ogni considerazione patogenica, la gravidanza normale, non complicata da albuminuria, può esercitare un'azione favorevole sull'epilessia preesistente, oppure aggravarla, od infine provocare la comparsa del primo accesso e far sorgere la malattia. Potremmo citare alcune osservazioni riferentisi a ciascuna di queste eventualità. La questione si fa complessa quando nel corso della gravidanza o al momento del parto scoppiano convulsioni eclampsiche in donne albuminuriche o in istato d'infezione puerperale. In questo caso le auto-intossicazioni o l'agente infettivo devono evidentemente essere tenute in conto. Ricorderemo più tardi le teorie patogenetiche, e le discussioni alle quali questi fatti hanno dato luogo. Sta sempre il fatto che l'eclampsia puerperale è stata qualche volta il punto di partenza di un'epilessia cronica pienamente confermata.

Anatomia e fisiologia patologiche. — Quando un epilettico è venuto a morte durante un accesso o nello stato di male, si trova quasi sempre congestione a tutti gli organi. Questa sembra prodotta dall'ostacolo meccanico che le convulsioni toraciche hanno opposto alla circolazione, e indubbiamente anche dalla paralisi vaso-motoria per esaurimento che accompagna ogni accesso. I seni e le vene dell'encefalo in modo particolare sono ingorgati di sangue nero; le meningi sono iniettate, e così pure la sostanza corticale che è sede di una punteggiatura emorragica più o meno copiosa. Questo stato congestizio del resto si incontra nel cervelletto, nella protuberanza e nel bulbo, sulla cui

superficie si rivelano talvolta ecchimosi superficiali piuttosto estese. Sono lesioni evidentemente recenti, conseguenze del parossismo stesso dell'epilessia.

Le lesioni antiche dei centri encefalici e bulbari, quelle che sono state considerate come il substrato anatomico dell'epilessia, sono estremamente variabili, per localizzazione e per natura. Passiamole brevemente in rassegna. Si sono riscontrate deformazioni del foro occipitale, infossamento della parete cranica, tumori del cranio o delle meningi. Ma le alterazioni più importanti vennero trovate nell'encefalo. Il volume ed il peso di quest'organo sono variabilissimi: possono essere normali, molto inferiori (microcefalia) e talvolta molto superiori alla norma. Si sono notate anche differenze in peso fra l'uno e l'altro emisfero, ineguaglianze di volume tra regioni simmetriche dei due emisferi, anomalie nelle circonvoluzioni, ecc.

Bourneville e Wuillaumez descrissero una forma particolare di meningoencefalite a decorso molto lento.

Bourneville e Brissaud studiarono sotto il nome di *sclerosi tuberosa* o ipertrofica del cervello un'alterazione che presenta i caratteri seguenti: si nota una serie di tuberosità arrotondate od ovali che colle loro rilevatezze rendono accidentata e deforme la parte convessa delle circonvoluzioni. Queste intumescenze sono irregolarmente disseminate, ma occupano esclusivamente la sostanza grigia della corteccia o dei nuclei centrali. Esse sono costituite da ammassi di tessuto scleroso che ingloba e ricopre i vasi e gli elementi nervosi.

Una lesione più comunemente osservata è l'*indurimento scleroso della nevroglia* delle circonvoluzioni. Esso si mostra talvolta diffuso ed esteso a tutto un lobo o quasi interamente ad ambo gli emisferi ed al cervelletto, oppure localizzato più o meno esattamente a una circonvoluzione o disposto in forma di *placche* disseminate sulla superfice degli emisferi. Ch. Féré le ha viste quattordici volte. Esse coincidono spesso coll'indurimento del corno d'Ammone e dei corpi olivari. La loro superfice è liscia oppure zigrinata; il loro contorno è più o meno spiccato, la loro consistenza è soda e talvolta elastica. In corrispondenza di queste placche le meningi non aderenti si lasciano facilmente distaccare. Chaslin ne fece uno studio istologico accurato e preciso, dimostrò che si trattava di una sclerosi penicillata, puramente *nevroglica*, alla cui formazione il tessuto connettivo ed i vasi non prendono parte alcuna. Egli riscontrò questo processo nevroglico nella corteccia di un cervello epilettico che non presentava lesioni apprezzabili ad occhio nudo, e suppose, data l'assenza di segni infiammatori, che questa gliosi dovesse essere una lesione di sviluppo o di *evoluzione*.

Blocq e Marinescu recentemente descrissero delle alterazioni vascolari e perivascolari nella corteccia cerebrale.

A queste alterazioni conviene aggiungere ancora le sclerosi lobari per la maggior parte d'origine vascolare (Marie, Richardière) che si rilevano nei bambini colpiti da emiplegia infantile, e che sono talvolta soggetti ad accessi convulsivi identici a quelli dell'epilessia volgare.

Per ciò che riguarda il bulbo, si sono ritrovate, e furono considerate come cause dell'epilessia, indipendentemente dall'indurimento scleroso delle olive, delle dilatazioni e degli inspessimenti dei vasi profondi con aumento della consistenza generale dell'organo (Jaccoud, Schröder van der Kolk).

Ma in confronto a questi dati positivi bisogna porre i casi nei quali l'esame più minuto della corteccia centrale e dei nuclei del centro, del cervelletto e del bulbo, è stato negativo o non ha rivelato che alterazioni vascolari talmente comuni, da non potersi in esse ravvisare la causa degli accessi epilettici.

Si comprende che anche per la diversità di sede e di natura delle lesioni che abbiamo enumerato, pel risultato negativo di alcune autopsie, per la molteplicità delle cause determinanti, la formola patogenetica della sindrome epilettica sia difficile ad enunciarsi.

Quale è il meccanismo, quale la fisiologia patologica dei parossismi epilettici? Due teorie si trovano di fronte: l'una attribuisce al bulbo, l'altra alla corteccia cerebrale la preponderanza nella genesi degli accessi convulsivi.

1° *Teoria bulbare.* — Questa teoria è stata messa avanti da Marshall-Hall, sviluppata da Lieveking, Radliffec, [Cantani], e per molto tempo accettata dalla maggioranza degli autori. Le alterazioni del bulbo (rossore, distensione dei capillari) notate da Schröder van der Kolk, la credenza dei fisiologi nell'eccitabilità della corteccia cerebrale, le note esperienze di Claude Bernard, quelle di Brown-Séquard, di Kussmaul, che, con mezzi differenti, producevano convulsioni negli animali privati degli emisferi cerebrali, assicurarono il successo di questa teoria, la quale può formularsi così: Essendo il bulbo il centro o il luogo di passaggio di tutte le fibre motrici del corpo, l'epilessia è dovuta all'eccitabilità spontanea o riflessa di quest'organo. Questa eccitabilità anormale, ereditaria od acquisita, delle proprietà riflesse dei midollo allungato è la condizione necessaria allo sviluppo del parossimo convulsivo. Essa si manifesta appena un'irritazione prodottasi in luogo o giunta vuoi dal cervello vuoi dal midollo o dalla periferia, la porta al massimo grado: allora ha luogo l'accesso convulsivo. L'eccitazione dei nervi vaso-motori del gran simpatico, produce lo spasmo dei vasi della faccia e del cervello, e così si spiegano, coll'anemia di queste regioni, il pallore della faccia e la perdita di coscienza che segnano l'inizio della crisi (esperienze di Brown-Séquard, di Kussmaul e Tanner, di Donders, ecc.). Quanto all'intermittenza degli accessi, Schröder van der Kolk l'interpretava paragonando i centri bulbari ad una bottiglia di Leyda, nella quale la tensione si accumula poco a poco e che si scarica quando è giunta ad un certo grado.

In questo modo adunque la teoria bulbare può dar ragione di tutti i fenomeni motori, respiratori e circolatori, come anche della perdita della coscienza, che caratterizzano il grande accesso epilettico. Ma è chiaro che essa rimane insufficente quando vi si cerca la spiegazione dei diversi disturbi psichici o d'ideazione dei fenomeni di coscienza che possono precedere gli accessi convulsivi o alternarsi con essi. Questi devono certamente avere la loro sede nei centri superiori del cervello.

2° *Teoria corticale.* — La teoria che localizza nella corteccia degli emisferi cerebrali le condizioni anatomiche dell'epilessia è fondata su quell'insieme di dati sperimentali ed anatomo-clinici che, dopo le prime osservazioni di Hughlings Jackson sull'epilessia parziale, hanno stabilito su basi solide il fatto dell'eccitabilità della sostanza grigia della corteccia, e la dottrina delle localizzazioni cerebrali motrici e sensoriali (Lavori di Fritsch e Hitzig, Carville e Duret, Pitres e Charcot, Albertoni e Luciani, Heidenhain e Bubnoff, Fr. Franck e Pitres, Beevor e Horsley, Unverricht, ecc.). Si sa che se le eccitazioni della corteccia provocano più particolarmente convulsioni quando affettano la zona motrice, queste ultime possono anche essere prodotte dalle eccitazioni che agiscono su punti lontani da questa zona, purchè siano sufficientemente intense o prolungate. Così le differenti lesioni encefaliche che vennero osservate negli epilettici possono fornire la spiegazione e degli accessi convulsivi e delle forme larvate dell'epilessia e delle aure psichiche e sensoriali, per effetto delle modificazioni dinamiche che queste lesioni irritative imprimono ai centri

corticali, motorii o sensorii, vicini o no alle regioni della corteccia da esse occupata. Le ricerche sperimentali di Fr. Franck sulle funzioni della corteccia cerebrale permettono anche di spiegare con eccitazioni corticali le modificazioni del ritmo cardiaco, gli spasmi vascolari, la dilatazione delle pupille, l'incontinenza dell'urina e delle materie fecali che accompagnano l'accesso epilettico, come pure i fenomeni di esaurimento che si osservano in seguito ai parossismi. Secondo la teoria corticale che abbiamo appena abbozzata, i centri corticali, come ben si comprende, possono ricevere l'eccitazione morbosa, o direttamente (agenti tossici, lesioni meningee, encefaliche) o indirettamente e per via riflessa (origini periferiche). Essi soli dànno il segnale della scarica parossistica, potendo la generalizzazione delle convulsioni effettuarsi per mezzo della corteccia medesima o coll'intermediario dei centri sottostanti (protuberanza, bulbo, midollo).

Ma come spiegare i casi nei quali l'epilessia sembra insorgere spontaneamente? quelli nei quali l'esame istologico dei centri nervosi per quanto attento non rivela alterazioni apprezzabili? Senza dubbio queste lesioni esistono; tutto quello che possiamo dire si è che attualmente esse sfuggono ancora ai nostri mezzi d'indagine. Del resto l'anatomia patologica degli elementi nervosi della sostanza grigia cerebrale è ancora ben poco progredita. Lo studio di questi elementi è fra i più delicati, e si comprende come questi possano essere sede di lesioni sufficienti per determinare l'accesso convulsivo e le diverse forme di parossismo, ma senza che tali lesioni siano accessibili ai nostri metodi di ricerca. Possiamo anche domandarci se in alcuni di questi casi l'epilessia non tragga la sua origine da eccitazioni periferiche o viscerali più o meno latenti che agiscano sui centri corticali resi particolarmente irritabili per effetto di labi ereditarie od acquisite. Infine vi è ancora tutto il gruppo delle infezioni mal note, delle auto-intossicazioni la cui importanza, ancora poco dilucidata per ciò che riguarda il meccanismo delle epilessie, sarà forse un giorno dimostrata.

Prognosi. — L'epilessia può guarire spontaneamente a tutte le età. Ma questo avviene molto raramente.

In tesi generale la gravità di questa malattia è estrema. Bisogna però nel formulare la prognosi tener conto delle condizioni eziologiche, della presunta natura delle lesioni cerebrali, dell'antica data della malattia. È evidente che le epilessie sifilitiche e traumatiche, quelle che riconoscono per punto di partenza una lesione periferica, potranno specialmente essere accessibili all'azione terapeutica. Nella grandissima maggioranza dei casi l'epilessia mette capo o alla demenza o alla morte nello stato di male o in occasione di un accesso isolato (sincope, rottura del cuore, emorragia meningea, soffocazione, ecc.).

Diagnosi. — La diagnosi dell'epilessia spesso è difficile per la diversità delle forme che il parossismo può assumere, per l'assenza di un sintoma patognomonico, per la impossibilità da parte del clinico di constatare *de visu* i caratteri dell'accesso. Egli deve quasi sempre riferirsi alle descrizioni più o meno fedeli di persone incompetenti. Inoltre l'ammalato e coloro che lo avvicinano talvolta sono ignari dell'esistenza delle crisi, sia perchè queste si producono solo durante il sonno della notte, sia perchè la loro forma rapida, discreta (assenze) le lascia passare inosservate.

In tal caso, quando per una ragione qualsiasi si è indotti a sospettare l'epilessia, conviene fare un'inchiesta metodica. Bisogna ricercare con cura le

tracce materiali che di sè lasciano talvolta gli accessi; macchie sulla lingeria del letto, morsicature della lingua, cicatrici, ecchimosi palpebrali, contusioni inesplicate, ecc. D'altra parte si possono prendere in considerazione come indizi di probabilità l'abito esterno dell'ammalato, i vizi di conformazione (asimmetria della faccia o del cranio, sinostosi, vôlta palatina ogivale, denti, ecc.), le anomalie di sviluppo, in una parola le stimmate di degenerazione organica che egli può presentare.

La diagnosi differenziale delle vertigini epilettiche colle altre specie di vertigini in generale non offre vere difficoltà. La vertigine *labirintica* non è accompagnata da perdita di coscienza e l'esame dell'apparecchio acustico rivela una diminuzione notevole dell'acutezza uditiva da una parte. La vertigine *neurastenica*, la vertigine *d'origine gastrica* si riconosceranno per questi caratteri: coscienza conservata, durata più lunga, sensazioni vertiginose. Queste mancano nella vertigine epilettica, la quale propriamente non è che una perdita subitanea della coscienza con o senza caduta dell'ammalato, anzichè una vera vertigine.

(La diagnosi di vertigine isterica e delle differenti forme dell'accesso isterico che possono simulare i parossismi epilettici sarà indicata al capitolo *Isterismo*).

Le *sincopi* che si ripetono frequentemente, come si osservano in certi *emotivi*, possono essere confuse colle vertigini epilettiche. Ma la comparsa costante di queste crisi per effetto ed in occasione di un'emozione, l'arresto nelle pulsazioni permetteranno di sospettarne la natura.

Bisogna ancora citare, fra i disturbi che possono simulare la vertigine epilettica, le cadute improvvise con o senza perdita della coscienza che si osservano nelle atassie, nella sclerosi laterale amiotrofica.

L'accesso epilettico, manifestandosi talvolta sotto la forma di un colpo apoplettico, può richiedere la necessità di distinguerlo dall'apoplessia comune dovuta alle emorragie od alle trombosi centrali, dagli ictus apoplettiformi della paralisi generale progressiva, della sclerosi in placche, ecc.

La diagnosi delle manifestazioni psichiche dell'epilessia, quando queste hanno luogo isolatamente indipendentemente dalle crisi convulsive, è molto difficile. Riesce quasi impossibile differenziare queste manifestazioni dai deliri o dalle follie transitorie che si osservano nei degenerati. Inversamente bisogna saper distinguere e non attribuire all'epilessia i deliri tossici o sistematici che in un epilettico possono coesistere colle diverse modalità dei parossismi epilettici, e che ne sono indipendenti.

L'epilessia *simulata* non può essere riconosciuta se non si viene a scoprire una soperchieria, un inganno grossolano o se l'ammalato aggiunge alla sindrome classica qualche manifestazione che evidentemente non vi appartiene. La dilatazione della pupilla è un buon segno della realtà dell'accesso, ma non è un carattere costante. Quanto alle modificazioni del polso, della respirazione, della pressione arteriosa, la loro ricerca richiede l'uso di pratiche e di apparecchi che non sono alla portata di tutti.

Stabilita la diagnosi di epilessia, resta a precisarne per quanto si può la causa determinante. Questa seconda parte del problema richiede l'esame completo del paziente, una scrupolosa inchiesta sui suoi antecedenti personali ed ereditari, insomma sulle condizioni eziologiche in mezzo alle quali la malattia si è sviluppata.

Cura. — La cura generale dell'epilessia consiste:

1° Nel ricercare e sopprimere le cause d'irritazione locale, che possono ritrovarsi nei diversi organi (intestino, utero, ferite dei nervi, ecc.).

2° Nell'assoggettare il paziente a regole igieniche rigorose tendenti ad allontanare qualsiasi causa d'eccitazione che possa provocare il ritorno degli accessi (abuso di bevande alcooliche, emozioni, fatiche, eccessi genitali, ecc.).

3° Nel combattere gli stati tossici (piombo, alcool), diatesici, o le infezioni croniche (sifilide), che richiedono una cura speciale.

4° Infine e soprattutto nell'*uso dei bromuri* e di alcuni mezzi fisici, come l'idroterapia.

L'uso dei bromuri, per essere efficace, vuol essere continuato ed abbastanza intenso. Conviene sorvegliarne attentamente gli effetti, e coll'attenuazione delle dosi quotidiane, oppure coll'uso di qualche mezzo palliativo (bagni antisettici, antisepsi intestinale, uso del latte, ecc.) ovviare agli inconvenienti della intossicazione bromica.

III.

ISTERISMO

Questa denominazione tanto impropria, ma oramai consacrata dall'uso, serve a designare un insieme di disturbi funzionali o dinamici del sistema nervoso, assai numerosi, e svariatissimi, che, raggruppandosi ed associandosi in mille modi, costituiscono, a seconda dei casi, delle sindromi cliniche d'una varietà per così dire indefinita. Questi fenomeni, più mutabili, come fu detto, " delle forme di Proteo e dei colori del camaleonte ", sono però governati da leggi rigorose; essi posseggono un certo numero di caratteri loro proprii, che l'analisi clinica e psicologica ha saputo distinguere e che permettono di riconoscerli, di diagnosticarli con sicurezza sotto i molteplici aspetti che essi possono assumere. Ond'è che costituiscono veramente, malgrado il loro polimorfismo, un gruppo a parte nel complesso delle sindromi e delle affezioni *sine materia* del sistema nervoso. I limiti di questo gruppo considerevolmente esteso non appaiono ancora, a dire il vero, sufficentemente spiccati; i suoi confini sono un po' indecisi; la sua autonomia però è un fatto legittimamente riconosciuto dalla maggioranza dei clinici, dei nosografi, degli psicologi.

Storia. — L'isterismo è apparentemente antico come l'umanità. La sua storia nosografica risale ai più antichi scritti dei medici e dei filosofi greci. Platone ne parla nel *Timeo*. Ippocrate, Celso, Galeno, Boerhaave hanno dato di alcuni suoi sintomi dei piccoli quadri descrittivi, ne hanno discusso le cause e la natura in parecchi passi delle loro opere.

I pittori ed i cronisti del medio evo lasciarono sulle epidemie di danza e di demonopatia che seguirono in quel tempo, importanti documenti scritti o figurati, rimessi in luce da Charcot e Richer (1), da Pitres, da Gille de la Tourette nei loro interessanti lavori d'esegesi e di critica storica.

Dal Rinascimento fino al periodo moderno gli osservatori che hanno rivolto la loro sagacia ed anche la loro immaginazione alla nevrosi isterica sono numerosissimi; la bibliografia dei loro lavori è tanto copiosa, che riuscirebbe impossibile enumerarli qui, indicando, come converrebbe, il lato originale e l'importanza di ciascuno di essi. D'altronde la maggior parte delle descrizioni che vi si trovano sono molto imperfette, conservando in diversi gradi l'antica confusione dell'isterismo coll'ipocondria, coll'epilessia, e, naturalmente, cogli stati neurastenici che Beard ha tratto recentemente dal caos dell'antico nevrosismo. Bisogna però eccettuarne le descrizioni di Ch. Lepois e soprattutto quelle di Sydenham (2). Questo magistrale osservatore ha lasciato delle manifestazioni della nevrosi isterica quadri d'una fedeltà perfetta. Egli aveva intravvisto quel gran carattere della nevrosi che Charcot fece così bene spiccare

---

(1) Consultinsi a questo proposito: Charcot e P. Richer: Les Démoniaques dans l'art, Parigi 1887; — Les maladies et les difformités dans l'art, Parigi 1889: — la collezione della *Nouvelle Iconographie*.

(2) Sydenham, *Médecine pratique*, trad. Jault, 1799.

recentemente, che cioè essa può simulare la maggior parte delle malattie organiche. " L'isterismo, egli scrive, imita quasi tutte le malattie che affliggono il genere umano, perchè, in qualunque parte del corpo si manifesti, produce tosto i sintomi proprii a questa parte. E il medico, se non ha molta sagacia e molta esperienza, facilmente si inganna attribuendo ad una malattia essenziale e propria di una data parte, sintomi che dipendono soltanto dall'affezione isterica ". Egli conosceva l'isterismo maschile; fu anzi uno dei primi a respingere l'assurda teoria che per tanto tempo fece dell'utero, delle sue peregrinazioni attraverso il corpo, delle sue tumefazioni, dei suoi dolori, il pernio intorno al quale si aggiravano tutte le manifestazioni della nevrosi. Ma le osservazioni di Sydenham furono disconosciute dalla maggioranza degli autori del secolo scorso e della prima metà del nostro. Collo Stahl, con Hoffmann, Sauvages, Astruc, Louyer-Villermay, Landouzy e Romberg ricompaiono e la confusione nelle descrizioni cliniche e l'opinione dell'origine uterina dei fenomeni isterici. Soli, o quasi, Brodie (1837) in Inghilterra, Brachet e Georget in Francia, seppero intuire il carattere essenzialmente dinamico, ed anche la parte preponderante dello stato mentale, dell'idea, nello sviluppo dei disturbi neuropatici dell'isterismo.

Il periodo veramente scientifico e fecondo nella storia dell'isterismo è quello che corre dalla pubblicazione del Trattato di Briquet (1859) sino ai nostri giorni. Esso vide compiersi questi due grandi progressi: 1° la determinazione precisa dei caratteri clinici proprii degli accidenti isterici, e delle sindromi tanto diverse, che essi possono costituire; questa determinazione ha permesso di separare finalmente l'isterismo dall'epilessia, dalla neurastenia e dagli stati vesanici, coi quali era rimasto sino allora più o meno confuso; 2° la dimostrazione metodica dell'origine e della natura psichica della maggior parte dei suoi sintomi, e quindi la classificazione senza dubbio definitiva di questa nevrosi fra le malattie mentali. Questi due ordini di conoscenze, mentre hanno stabilito l'individualità nosografica della specie morbosa *isterismo*, indicano a sufficienza l'importanza pratica e l'interesse speculativo dei lavori consacrati al suo studio in questi ultimi anni.

Le ricerche di Briquet meritavano sotto tutti i rapporti l'attenzione degli osservatori. Tuttavia il suo libro ebbe una ben debole eco, e la maggior parte dei medici rimase indifferente e persino scettica ai nuovi studi sull'isterismo, quando Charcot verso il 1870 inaugurò, colla descrizione del grande accesso e dell'emianestesia, la serie delle sue belle lezioni cliniche. Egli analizzò e sintetizzò le stimmate permanenti; mostrò di quanto vantaggio fosse lo studio di questi segni per la diagnosi clinica della malattia. Colle sue osservazioni sull'isterismo maschile, allora tanto dimenticato, sull'istero-traumatismo, ignorato o trascurato dalla maggior parte dei suoi contemporanei, egli allargò più che mai il dominio della nevrosi da lui con tanto amore studiata. Infine nelle sue lezioni del 1884-85 riprendendo, per completarli e spiegarli, gli antichi lavori di Brodie (1) e di Russel Reynolds (2), provò con una minuta analisi clinica che certi gravi disturbi del movimento (paralisi post-traumatiche) non potevano essere spiegati da nessuna lesione materiale dei nervi, del midollo o dell'encefalo, ma solamente come un fenomeno morale o psicofisiologico. " In certe circostanze, egli diceva, una paralisi potrà essere pro-

(1) Brodie, Lectures illustr. of certain local nervous aflections, Londra 1837.

(2) Russel Reynolds, Remarks on paralysis and others disorders of motion and sensation dependant on idea, 1869.

dotta da un'idea..... Questa idea, una volta fermatasi, fissatasi nella mente e regnandovi senza contrasto, vi si sarebbe sviluppata acquistando forza abbastanza per realizzarsi obbiettivamente in forma di paralisi „, e confermava questa opinione col riprodurre per suggestione la paralisi, o nell'ammalato stesso od in altri individui isterici. Charcot ha pure insistito sul significato e sull'importanza dell'*idea fissa* nella genesi delle contratture, delle iperestesie, del mutismo, dell'anoressia. Egli è stato così l'iniziatore dello studio medico-psicologico che in questi ultimi anni ha stabilito su basi solide la dottrina dell'isterismo, malattia mentale, ed ha quasi rischiarato il meccanismo psichico non solamente dei deliri, ma anche della maggior parte dei fenomeni d'apparenza fisica coi quali l'isterismo si afferma. A capo di questi studi psicologici di già numerosi, e che noi avremo a ricordare parecchie volte nel corso di questo capitolo, stanno incontestabilmente i pregevoli lavori di Pierre Janet (1) in Francia e di Moebius (2), Strümpell, ecc., in Germania.

Eziologia.

L'isterismo è una malattia frequente ai nostri dì, ed è quasi certo ch'essa fu altrettanto frequente pel passato. Però essa ha forse infierito con ispeciale intensità in certi paesi, in dati momenti della loro storia, sotto l'influenza di cause complesse, morali e fisiche, che si possono intravvedere, ma che sarebbe arrischiato il voler precisare. Questa ipotesi almeno è giustificata dalle conoscenze che attualmente abbiamo sulla natura psichica e sul carattere contagioso della grande nevrosi. Certo non si può pensare diversamente, leggendo le narrazioni di demonopatie, di stregonerie, di danze epidemiche, lasciateci dagli autori del medio evo. Si sa che queste diverse manifestazioni isteriche assunsero dal XIII al XVII secolo le proporzioni di un vero flagello, tanto che Sydenham poteva ai suoi tempi dichiarare l'isterismo " la più frequente di tutte le malattie croniche „.

Età. — Il più delle volte la malattia si sviluppa nel periodo della pubertà e nei primi anni che tengono dietro a questa fase critica. Secondo le statistiche di Georget, di Landouzy, di Pitres (3) essa giunge al massimo di frequenza fra i 15 e i 25 anni, in questo periodo agitato che, come nota giustamente Pierre Janet, comprende non solo l'età della pubertà fisica, ma anche quella della pubertà morale, nel quale si pongono simultaneamente i più importanti problemi della vita (scelta d'una carriera, amore, ecc.).

L'isterismo è piuttosto raro nei primi anni; prima dei 10 è eccezionale (4). È pure raro che si manifesti dopo i 40 (5).

Sesso. — L'isterismo non è, come si credeva un tempo, una malattia speciale del sesso femminile. — Briquet contava 11 maschi contro 204 femmine.

(1) Pierre Janet, L'automatisme psychologique, Parigi 1889; — État mental des hystériques; Les stigmates mentaux et Accidents mentaux, 2 vol., collez. Charcot-Debove, 1892 e 1893.

(2) Moebius, Ueber den Begriff der Hysterie; *Centralbl. f. Nerven-Heilkunde*, XI, 1888, n. 3.

(3) Pitres, Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme.

(4) Consultinsi a questo proposito; Clopatt, Étude sur l'hystérie infantile, Helsingfors 1888. — Burnet, Thèse de doct., Parigi 1891. — A. Ollivier, Rapport sur un Mémoire du Dr. Chaumier; *Bull. Acad. de Méd.*, 1892.

(5) De Fleury, Hystérie sénile; Thèse de doct., Parigi 1890.

Recentemente Bodenstein, secondo osservazioni fatte nelle cliniche di Mendel e di Eulenburg, fissa da 1 per 10 la proporzione tra i casi d'isterismo maschile e quelli d'isterismo femminile. Queste cifre sono certamente inferiori al vero. Per convincersene basta gettare gli occhi sulle statistiche pubblicate in Francia in questi ultimi anni, dacchè cioè l'isterismo maschile vi è più studiato e meglio conosciuto. Marie (*Progrès médical*, 1889) ha dovuto concludere dalle sue ricerche statistiche fatte alla consultazione dell'Ufficio centrale, che l'isterismo maschile è frequentissimo nelle classi inferiori della società; " esso sembra persino, egli scrive, molto più frequente dell'isterismo femminile ". Gli studi comparativi fatti da Souques, da Pitres e Bitot sono giunti quasi a confermare quest'asserzione, almeno in quanto concerne le classi povere, particolarmente esposte alle privazioni, ai traumatismi, alle intossicazioni croniche, insomma alle cause che provocano abitualmente il manifestarsi dell'isterismo nell'uomo. E, come Charcot ha giustamente fatto notare, non bisogna già credere di aver a ritrovare l'isterismo solo negli individui imberbi, gracili e che presentano l'abito esterno del femminismo; al contrario, lo si osserva ordinariamente in lavoratori vigorosi, addetti a lavori grossolani, e nei quali la coltura intellettuale e la sensibilità sono poco raffinate. Anche i medici militari ne hanno pubblicato numerosi casi tolti da tutti gli eserciti d'Europa. L'isterismo è abbastanza diffuso nelle prigioni.

L'isterismo è stato osservato in tutti i *climi*, e checchè ne abbiano detto certi autori anglo-sassoni, in tutti i popoli, dovunque e sempre identico a sè stesso. Come tutte le malattie nervose, l'isterismo è particolarmente comune nella razza israelita.

Eredità. — L'eredità neuro-artritica occupa nell'isterismo come in tutte le malattie nervose un posto assolutamente preponderante. Georget, Briquet, Charcot si accordano nel riconoscere che questa nevrosi è una malattia ereditaria per eccellenza. Il più delle volte si tratta di quell'eredità detta di *trasformazione;* l'eredità *similare* si osserva solo in un terzo circa dei casi.

L'influenza ereditaria è tanto manifesta nell'isterismo maschile quanto nel femminile. E. Batault constatò che di 31 isterico maschi, 26 appartenevano incontestabilmente pei loro antecedenti ereditari alla famiglia neuropatica.

Secondo Grasset, parenti scrofolosi o tubercolotici procreerebbero soventi volte isterici o neuropatici. Questa opinione dovrebb'essere confermata.

Le condizioni morbose ereditarie onde deriva la predisposizione all'isterismo spiegano la frequenza colla quale questa nevrosi si mostra associata in uno stesso soggetto a qualche forma di psicopatia, oppure alla neurastenia, all'epilessia, ecc.

La predisposizione ereditaria non è sempre, come facilmente si comprende, seguìta da effetto. Praticamente è spesso molto difficile riconoscerla per le ben note difficoltà che di solito intralciano la ricerca sugli antecedenti di famiglia. Esistono fors'anco dei casi in cui non è niente affatto necessario l'intervento di questa predisposizione ereditaria; forse certe cause accidentali (intossicazioni) bastano a produrre uno stato isterico classico in individui puri di ogni labe ereditaria. Questo però non ci autorizza a mettere in dubbio, come fecero alcuni autori, l'influenza di questa causa predisponente per eccellenza. D'altra parte se la predisposizione ereditaria talvolta resta latente fino al giorno in cui qualche causa provocatrice fa comparire l'isterismo, spesso si rivela sino dall'infanzia con certi segni speciali. Infatti avviene non di rado di osservare, nei giovani destinati a diventare più tardi

isterici, alcuni disturbi neuropatici che certo non sono immediatamente gravi, ma che hanno un significato ed un'importanza incontestabili: stringimenti di gola, senso di soffocazione, crisi di vomiti manifestantisi senza causa determinata o per emozioni morali, terrori notturni, accessi di singhiozzo, emorragie nasali, ecc. Georget, Charcot, Pitres hanno insistito e con ragione sul valore pronostico di questi fatti che si riscontrano nel passato di un gran numero di isterici, e che questi autori considerano come sintomi precursori più o meno lontani delle grandi manifestazioni della nevrosi. Questi disturbi, questi prodromi non sono stati studiati con tutta la cura dovuta. Eppure sarebbe davvero interessante conoscerli addentro per le indicazioni che possono fornire nella cura profilattica dell'isterismo.

Cause occasionali (agenti provocatori). — Le cause che possono provocare il manifestarsi dell'isterismo sono così numerose, così varie, che è difficilissimo farne qui un'enumerazione completa. Tutte le scosse d'indole morale o fisica, tutti gli stati morbosi acuti o cronici, capaci di indebolire l'organismo e di abbassare l'energia mentale, possono determinare in individui predisposti la comparsa dell'isterismo. Questa molteplicità di cause determinanti d'una malattia autonoma sempre identica a sè malgrado la diversità delle condizioni eziologiche che le dànno origine, ci sembra uno dei particolari più curiosi della storia naturale della grande nevrosi. Essa è molto istruttiva, poichè ci mostra con tutta evidenza l'autonomia, la legittimità delle specie nosografiche, e la preponderanza patogenetica del terreno, dell'individuo, sulle cause contingenti ed accidentali. Seguendo la classificazione di G. Guinon (1), che di queste cause ha tracciato nella sua tesi inaugurale il quadro più completo, possiamo riunire le più importanti in quattro categorie: 1° emozioni; 2° traumatismi; 3° intossicazioni; 4° malattie infettive e malattie generali.

1° **Emozioni morali.** — Lo spavento, gli affanni, tutte le scosse psichiche, di qualunque sorta, sono le cause più comuni, quelle che si trovano all'origine della maggior parte dei casi d'isterismo.

2° **Il traumatismo** occupa pure un posto importante fra gli agenti provocatori dell'isterismo, soprattutto dell'isterismo maschile. Esso può, quando agisce sopra un individuo già in istato d'isterismo, dar luogo a nuove sindromi; può anche in soggetti sino allora soltanto predisposti determinare la comparsa dei primi sintomi della malattia.

Si sa che lo studio dell'*istero-traumatismo* è stato inaugurato da una serie di ricerche fatte specialmente in America e in Inghilterra sugli accidenti nervosi che tengono dietro agli scontri ferroviari (railway-brain, railway-spine). — Nel 1885 Charcot, nelle sue lezioni alla Salpêtrière, indicò e precisò i rapporti fra l'isterismo ed il traumatismo. Da quel momento le osservazioni si moltiplicarono: Troisier, Berbez, Bataille, Vibert, Grasset, Strümpell, Oppenheim, ecc., ne pubblicarono degli esempi. Sorse allora una importante discussione sulla natura degli stati neuropatici sviluppatisi in seguito a traumatismi e per effetto di essi. Noi non possiamo qui ricordarne che i punti principali. Alcuni osservatori tedeschi fra i quali Leyden, Oppenheim, Thomsen, Strümpell, esagerando l'importanza della nozione eziologica e forse non avendo una chiara visione del polimorfismo delle sindromi isteriche nell'uomo, e delle

(1) G. Guinon, Les Agents provocateurs de l'hystérie; Thèse de Paris, 1889.

forme complesse nelle quali l'isterismo e la neurastenia si associano, sostennero che questi disturbi funzionali d'origine traumatica dovevano essere in gran parte distratti dal quadro di queste nevrosi per formare un gruppo a sè, il gruppo della *neurosi traumatica*. Charcot ed i suoi allievi affermavano invece che i disturbi nervosi d'ordine dinamico che si osservano negli individui colpiti da trauma non differiscono per nulla dai sintomi comuni sia dell'isterismo che della neurastenia conclamata, e dimostrarono che queste due neurosi, associandosi in uno stesso individuo, costituiscono una forma senza dubbio complessa, ma particolarmente frequente nei traumatizzati; che questa stessa associazione delle due nevrosi si riscontra anche in individui non colpiti da trauma di sorta; che ciascun tipo della serie traumatica ha il suo corrispondente, il suo *simile*, il suo *gemello*, nella serie dei casi d'isterismo o d'isteroneurastenia più legittimi, sviluppatisi per le cause più diverse; che perciò non si può costruire su questo gruppo di fatti una nuova specie nosografica, una neurosi traumatica, distinta dall'isterismo e dalla neurastenia propriamente detti (1). — Grasset (di Montpellier) ha pure sostenuto la tesi dell'isterismo traumatico — isterismo speciale.

In realtà l'isterismo, qualunque sia la causa occasionale che lo provoca, è sempre identico a sè stesso. In Francia come in Germania prevale oggimai la teoria della scuola francese, quella dell'isterismo " uno ed indivisibile „ (Brissaud). D'altra parte il traumatismo, quando provoca la comparsa d'una sindrome isterica o istero-neurastenica, agisce soprattutto in forza dello *shock* morale che lo accompagna, per l'immagine del terrore, per l'inquietudine che lascia nell'animo del traumatizzato. La violenza fisica non può per sè stessa far altro che localizzare la manifestazione isterica; ma è lo stato emozionale quello che prepara e permette, per via di un meccanismo psichico che studieremo in appresso, il costituirsi delle sindromi isteriche. Il modo di agire di questo elemento provocatore non differisce essenzialmente in nulla da quello delle emozioni morali, dei dispiaceri più comuni. È questo un punto non abbastanza compreso dai partigiani di una neurosi speciale dei traumatizzati; altrimenti, essi avrebbero presumibilmente respinto l'ipotesi poco filosofica nella quale si riassume la loro dottrina, che cioè un'emozione secondo che è l'effetto di un accidente fisico (traumatismo) o d'un fatto puramente morale può produrre disturbi funzionali del sistema nervoso clinicamente identici, ma fondamentalmente dissimili per natura.

Accanto agli agenti traumatici accidentali, volgari, bisogna citare anche i colpi di fulmine, i cui effetti vennero analizzati da Charcot in una delle sue lezioni del martedì (19ª lezione, 1889), i traumatismi chirurgici, come pure certi " traumatismi interni „ (Potain), le coliche epatiche, le renali.

(*a*) 3° **Intossicazioni.** — Alcune intossicazioni croniche possono anche determinare la comparsa dell'isterismo in soggetti predisposti, o aggravare col loro intervento l'isterismo già esistente. Le intossicazioni da *piombo*, *alcool* e *mercurio* sono specialmente atte a provocare lo sviluppo della nevrosi (2).

---

(1) V. a questo proposito: Charcot, Leçons cliniques, 1885-89. — G. Guinon, loco citato. — Gilles de la Tourette, Traité de l'hystérie, vol. I, pag. 80 e seg. — Dutil, Hystérie et Neurasthénie associées; *Gaz. médicale de Paris*, 1889. — V. la discussione alla Società di Medicina di Berlino, nella *Deutsche med. Wochenschrift*, 29 marzo 1888. — Thomsen, Die Traumatische Neurosen, 1889, ecc.

(*a*) Traduzione del Dottor Ausonio Zubiani.

(2) Consultinsi a questo proposito: Hamant, Hémianesthésie saturnine; Thèse de Paris, 1879.

Si è visto l'isterismo comparire sotto l'influenza dell'avvelenamento da solfuro di carbonio (Marie), da ossido di carbonio, da abuso di tabacco (Gilbert), dell'intossicazione morfinica (Neveu-Derotice).

Per ispiegare i rapporti degli stati tossici e dell'isterismo si sono proposte due teorie patogenetiche. Debove e Achard, Dreyfus ammettono che certi agenti tossici come il piombo, l'alcool, il mercurio siano capaci di produrre completamente da sè, indipendentemente da qualsiasi predisposizione ereditaria, degli isterismi speciali, distinti dall'isterismo comune. Vi sarebbero quindi un isterismo saturnino, un isterismo alcoolico, mercuriale, ecc., avendo in qualche modo ciascuno di questi isterismi tossici la propria autonomia nosografica. In realtà però essi sono clinicamente identici all'isterismo volgare. Lo stato mentale degli individui in ambedue queste categorie è sempre lo stesso. Charcot, il quale professava il massimo rispetto per le specie nosografiche stabilite e che non ne ammetteva lo smembramento senza ragioni serie, sosteneva che gli isterismi tossici non erano che isterismo comune, isterismo senza epiteto, sviluppatosi in grazia dell'intossicazione in soggetti individualmente predisposti, candidati all'isterismo, se non di già isterici. Del resto è da notare una particolarità, della quale forse non si tenne conto abbastanza, e cioè che nella grandissima maggioranza dei casi di isterismo tossico, alcoolico, saturnino o mercuriale, l'intossicazione non è mai in causa *da sola*. È quasi sempre in seguito e sotto l'influenza di una emozione, di un dispiacere, insomma di una perturbazione mentale che questi intossicati diventano isterici; ed anche in ciò il loro isterismo non differisce dagli isterismi più comuni, più autentici. L'intossicazione ha soprattutto l'ufficio di preparare il terreno, di accentuare la predisposizione, o di crearla se prima non esisteva: indi interviene un *shock* morale e allora compaiono le prime manifestazioni.

Pitres ha emesso su questo argomento un'opinione più eclettica. Egli fa notare che nel complesso dei casi di isterismo di origine tossica, ve ne sono certo di quelli che appartengono evidentemente all'isterismo vero: nella genesi di tali casi l'ufficio dell'agente tossico fu essenzialmente quello di una causa occasionale qualsiasi in un individuo predisposto. Ma, soggiunge che è molto importante di non confondere l'isterismo vero che si sviluppa accidentalmente in qualche individuo intossicato coi disturbi isteriformi proprii dell'intossicazione e direttamente dipendenti dall'azione del veleno introdotto nell'organismo sugli elementi ganglionari. L'osservazione è giustissima: ma come evitare questa confusione? come differenziare i due ordini di fatti? Fino ad ora, bisogna confessarlo, nessun carattere distintivo potè essere indicato tra questi “ fenomeni isteriformi „ dipendenti dalle intossicazioni e i “ fenomeni isterici veri di origine tossica „.

Malattie infettive e malattie generali. — Furono pubblicati molti casi d'isterismo sviluppatosi durante la convalescenza od in seguito a talune malattie infettive, come la *febbre tifoidea* (Landouzy, Charcot, Grasset, ecc.), la *difterite* (Debove), la polmonite, la scarlattina, l'*influenza* (Grasset), la malaria, la sifilide (Fournier). Furono pure tratti in causa il diabete e la clo-

---

— Debove, De l'apoplexie hystérique; *Bulletin de la Soc. méd. des Hôp.*, 1886. — Achard, Apoplexie hystérique; Thèse de doctorat, 1887. — Charcot, Hémianesthésie hystérique et hémianesthésie toxique; *Bull. méd.*, 1887. — Letulle, Hystérie saturnine; *Semaine médicale*, 1887; De l'Hystérie mercurielle; *Soc. méd. des Hôp.*, 1887. — Potain, *Bulletin méd.*, 1887. — Dreyfus, De l'Hystérie alcoolique; *Union méd.*, 1877. — Hirschmann, Thèse de doct., 1888. — G. Guinon, loc. cit., ecc.

rosi. L'isterismo complica abbastanza spesso l'evoluzione di talune malattie croniche del sistema nervoso, specialmente della sclerosi a piastre, della miopatia primitiva. In un certo numero di osservazioni spicca chiaramente l'influenza dello *strapazzo* fisico e mentale (1).

Ricordiamo infine l'influenza dell'*imitazione* sullo sviluppo delle epidemie di isterismo. Quando si produce un caso d'isterismo in un gruppo di individui più o meno predisposti, avviene talora che molti di essi si auto-suggestionano e presentano, o subito o dopo poco tempo, dei fenomeni simili a quelli che comparvero nel primo individuo colpito. Anche le pratiche dell'ipnotismo (2) e dello spiritismo possono, nei soggetti predisposti, provocare l'isterismo; è questo un fatto di osservazione comune e che non ha bisogno di commenti.

Così abbiamo passato in rassegna le principali condizioni eziologiche, sotto la cui influenza si sviluppa di solito l'isterismo.

Descrizione clinica.

Nei casi meglio caratterizzati l'isterismo si manifesta con due ordini di fatti: gli uni stabili, permanenti e così leggieri che l'ammalato spesso non ne avverte l'esistenza ed il medico, per riconoscerli, deve procedere metodicamente alla loro ricerca: sono le *stimmate;* gli altri spettacolosi, intermittenti o transitori, ma talora anche straordinariamente tenaci, sono gli *accidenti.*

I primi, costituenti essenziali della malattia al pari della modificazione continua, persistente, dello stato mentale da cui dipendono ed alla quale sono intimamente legati, durano presso a poco quanto dura la malattia stessa. I secondi, episodi in certo qual modo sovrapposti sul fondo dello stato isterico, non appaiono sempre e necessariamente nel novero delle sue manifestazioni; la loro comparsa è affatto accidentale come quella delle perturbazioni psichiche passeggere dalle quali ordinariamente dipendono.

Nell'esposizione che segue, attenendoci alla tradizione clinica, descriveremo nel gruppo delle stimmate tutti i sintomi che i clinici sogliono considerare come tali; occorre però avvertire che talune di queste stimmate, considerate dal punto di vista del loro meccanismo psico-fisiologico, sembrano appartenere piuttosto alla categoria degli accidenti.

Stimmate dell'isterismo.

Questi disturbi fondamentali sono: 1° d'ordine *sensitivo;* 2° d'ordine *motore;* 3° d'ordine puramente *psichico.*

I. Stimmate sensitivo-sensoriali. — Sono rappresentate dalle anestesie, dalle iperestesie e dalle disestesie, ma di tutte queste alterazioni permanenti della sensibilità le più importanti sono indubbiamente le anestesie.

A. L'*anestesia isterica* era ben nota nel medio evo ai demonologisti ed ai magistrati, che nei processi di stregonerie, cercavano con cura sulle loro vittime *i segni degli stregoni* (*stigmata diaboli*). Sappiamo che chiamavano così le parti dei tegumenti in corrispondenza delle quali la sensibilità era talmente

(1) Charcot, Leçons cliniques. — Dutil, *Gaz. de Méd. de Paris*, 1889.
(2) Séglas, Les dangers de l'hypnotisme; *Annales médico-psychol.*, 1889.

attutita da potervisi impiantare degli spilli senza che l'individuo risentisse alcun dolore (1). E tuttavia sono soltanto cinquant'anni che questo sintoma volgare, così facile da osservare, venne riconosciuto dai medici. Sydenham (1681), Louyer-Villermay (1786), Georget (1824), Landouzy (1846) non ne parlano affatto. Le prime osservazioni relative all'anestesia isterica datano dal 1843, e sono dovute a Piorry, a Gendrin, a Henrot, a Mesnet e a Voisin. Briquet (1859) la studiò con cura e si sa con quale arte e quale forza di dimostrazione Charcot mise in rilievo, fin dal 1872, non solamente l'esistenza e la frequenza di questo carattere, ma anche la sua grandissima importanza per la diagnosi e lo studio dell'isterismo.

L'anestesia isterica può interessare tutte le sensazioni che un individuo normale è capace di provare; può interessare isolatamente o simultaneamente tutte le maniere di sensibilità generale (tatto, sensibilità al dolore, al calore, al freddo, alla corrente elettrica) come pure le sensibilità specifiche (muscolare, olfattiva, gustativa, visiva, uditiva). Superficiale o profonda, totale o parziale, essa può aver sede su tutta o parte dell'estensione del tegumento cutaneo e delle mucose accessibili. Ora è assoluta, ora si limita ad una diminuzione (ipoestesia) più o meno accentuata della sensibilità normale. La sua esistenza però non è assolutamente costante; furono comunicati dei casi d'isterismo nei quali essa mancava completamente, ma questi casi sono relativamente ben poco numerosi. In verità l'anestesia si trova, sebbene in vario grado, nella grande maggioranza degli isterici.

Ecco quali sono, a parte ogni preoccupazione dottrinale ed ogni interpretazione fisiologica, i caratteri che presentano le anestesie isteriche e le modalità cliniche che possono assumere.

a) L'*anestesia cutanea*, quando è completa e totale, è caratterizzata dall'abolizione di tutte le sensazioni che hanno punto di partenza nella pelle. I contatti, le punture, le scottature, le applicazioni di corpi freddi non sono più percepiti e lasciano l'ammalato completamente indifferente. Questa anestesia, invece di essere totale, può essere parziale o, come anche si dice, dissociata; certi individui percepiscono ancora benissimo il semplice contatto dei corpi stranieri, ma sono insensibili alle più intense eccitazioni dolorifiche e termiche. Questa varietà di anestesia parziale presenta un interesse particolare perchè simula la *termo-analgesia*, quale si osserva in certe affezioni organiche dei nervi e del midollo, specialmente nella siringomielia.

Altri percepiscono i contatti, sentono dolore se si pizzicano e si pungono, ma non percepiscono più le eccitazioni termiche, anche violente. Il contatto del termocauterio arroventato o di un corpo ghiacciato non li impressiona punto (termo-anestesia). Viceversa si può osservare la soppressione delle sensazioni tattili e dolorifiche, mentre è conservata la percezione delle eccitazioni termiche.

Si possono anche riscontrare dei casi nei quali sono abolite soltanto le sensazioni che determina il passaggio di una corrente elettrica, mentre tutte le altre maniere di sensibilità cutanea sono conservate.

Finalmente, sebbene in via affatto eccezionale, può accadere che la sensibilità alla corrente faradica persista in regioni completamente insensibili ad ogni altro genere di eccitazione (Ch. Richet, Pitres).

La perdita isolata delle sensazioni *tattili* è rara, ma qualche volta la si

---

(1) V. a questo proposito: PITRES, Leçons sur l'Hystérie et l'Hypnotisme, vol. I, pag. 56 e seguenti.

trova. L'anestesia completa, l'ipoestesia, l'analgesia sono le modalità più comuni.

b) Anestesie profonde. — L'anestesia isterica si estende spesso alle parti *profonde*, cioè alle ossa, ai muscoli, ai legamenti articolari, ai tronchi nervosi. Allora si può trapassare tutto un arto con un ago, pizzicare fortemente un muscolo, colpire con un corpo duro una superficie ossea, torcere le giunture, percuotere fortemente un nervo accessibile, come il cubitale (Pitres), comprimere il testicolo, senza provocare nessuna sensazione dolorosa.

L'abolizione della *sensibilità muscolare*, quando si estende a tutto un arto, per esempio ad uno degli arti superiori, ha per conseguenza la perdita della nozione di peso degli oggetti. Quando l'individuo cerca di sollevare o palleggia colla mano insensibile delle masse disuguali, riesce a stento a percepire le differenze di peso, perchè non sa apprezzare il grado e l'integrità delle sue contrazioni muscolari. L'anestesia muscolare può avere per conseguenza anche la perdita della sensazione locale di fatica e di stanchezza, quale si manifesta nello stato normale nei muscoli sottoposti a sforzi ripetuti o ad una attività prolungatasi a lungo.

Altri disturbi funzionali, che sembrano strettamente connessi coll'abolizione del senso muscolare, saranno descritti colle alterazioni del movimento.

Finalmente la *nozione di posizione* è spesso abolita negli arti che sono sede di un'anestesia totale e completa. Per constatare questo sintomo basta far chiudere gli occhi all'individuo e spostare il suo braccio insensibile invitandolo poi, sia a collocare volontariamente l'altro braccio in un atteggiamento simile. sia ad indicare verbalmente quale sia l'atteggiamento stesso. Questo disturbo, conviene avvertirlo, coesiste di solito coll'anestesia muscolare, ma non è imputabile soltanto a tale anestesia; è invece la conseguenza della mancata percezione di un complesso di sensazioni provenienti ad un tempo dalla pelle, dalle articolazioni, dai legamenti, ecc.

c) Anestesie delle mucose. — L'anestesia totale e completa, l'ipoestesia, l'analgesia, la termoanestesia si possono osservare in tutte le mucose accessibili all'esplorazione.

L'anestesia delle congiuntive *oculare* e *palpebrale* è frequentissima; quella della cornea è molto più rara.

Le mucose *boccale* e *faringea* sono spesso insensibili. Allora possiamo far girare la punta del dito, introdotta nella retrobocca, sull'epiglottide e attorno all'orificio superiore della laringe, senza provocare nè dolore, nè nausee. Questa anestesia faringea esiste nella maggior parte degli isterici; non ha però il valore diagnostico che le attribuiva Chairou, e non è punto patognomonica; infatti la si trova spesso in individui indenni da ogni affezione nervosa (Armaingaud).

La mucosa della *laringe* (1) è talvolta colpita da anestesia completa.

L'anestesia della mucosa *nasale* si limita il più spesso alla regione anteriore delle fosse nasali (Lichtwitz), mentre il setto ed i turbinati conservano la loro sensibilità tattile.

La mucosa del *condotto uditivo esterno* e quella del *timpano* sono talora sede di un'anestesia completa (Pitres, Gellé).

Finalmente anche le mucose *anale*, *vulvare* e *uretrale* (2) hanno presentato, in certi casi, una insensibilità assoluta.

---

(1) Vedi Lichtwitz, Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens; Thèse de doctorat, Bordeaux 1887.

(2) Raymond, Anesthésie cutanée; *Rev. de Méd.*, 1891, pag. 395.

Anestesie sensoriali. — **Gusto.** — La sensibilità *gustativa* negli isterici è spesso pervertita od abolita. Pitres e Lichtwitz hanno constatato che questa anestesia sensoriale poteva essere generale oppure limitata a talune regioni del campo gustativo. L'anestesia gustativa od ageusia interessa indistintamente tutte le sensazioni gustative, oppure è parziale, elettiva; certi sapori sono ancora percepiti mentre altri non lo sono più affatto.

Odorato. — L'*anosmia* isterica unilaterale o bilaterale, è un poco meno frequente della perdita del gusto.

Udito. — Nella grande maggioranza dei casi, la sordità isterica è incompleta e consiste in un indebolimento dell'udito dell'uno o dell'altro orecchio. La sordità completa, assoluta, è un accidente molto raro e, quando ha luogo, non dura oltre pochi giorni.

Al pari dell'anosmia, della anestesia gustativa e dei disturbi visivi che ora descriveremo, l'indebolimento dell'acutezza uditiva non disturba punto gli ammalati. Non è accompagnato da nessuna sensazione subbiettiva sgradevole e l'individuo non se n'accorge neppure. Per riconoscerlo bisogna cercarlo metodicamente. Per apprezzare l'ipoestesia uditiva del lato affetto basta notare la distanza alla quale cessa di essere percepito, dall'uno e dall'altro orecchio, il rumore di un orologio in movimento.

Allo stato normale e nei casi di sordità incompleta di origine centrale, le vibrazioni di un diapason sono percepite più a lungo per la via area (cioè collocando lo stromento davanti all'orificio esterno del condotto uditivo) che per la via cranica (cioè collocando il diapason in contatto colla parete del cranio). Accade invece l'inverso quando l'indebolimento dell'udito dipende da una lesione comune del condotto uditivo, del timpano o dell'orecchio medio. Applicando questo metodo, ben noto agli otojatri sotto il nome di *esperienza di Rinne*, all'esame della sordità isterica, si constata che questa sordità si comporta esattamente come una sordità di origine centrale.

L'anestesia del gusto, dell'odorato e dell'udito e l'anestesia tattile delle mucose del naso, della lingua e del condotto uditivo esterno, non sono sempre associate. Le sensibilità speciali possono essere abolite pur essendo integralmente conservata la sensibilità generale delle varie mucose (Pitres).

[G. Gradenigo pubblicò recentemente un bellissimo studio sui disturbi dell'organo uditivo che si osservano nell'isterismo (Sulle manifestazioni auricolari dell'isterismo, Torino 1895). Egli trovò che i caratteri dell'anestesia acustica possono così riassumersi:

1° Vi ha una diminuzione del potere di percezione dei suoni distribuita uniformemente lungo la scala musicale: è una depressione della eccitabilità funzionale che può arrivare alla completa abolizione; 2° Quando l'anestesia è di alto grado e di carattere periferico il D. V. (diapason sul vertice) viene prevalentemente percepito dal lato sano o meno leso, come nelle affezioni organiche dell'apparecchio di percezione; quando l'ipoestesia è di grado minore e con prevalente carattere psichico il D. V. può o non essere lateralizzato malgrado l'unilateralità del difetto uditivo, o lateralizzato all'orecchio peggiore se in questo orecchio oltre alla ipoestesia isterica esiste, come è frequente il caso, anche una lesione dello apparecchio di trasmissione; 3° L'esperimento di Rinne, con toni da 64 a 300 V. S., riesce nella grande maggioranza dei casi, quando l'ipoestesia acustica è di grado moderato e non è accompagnata da lesioni dell'apparecchio di trasmissione dei suoni, positivo, vale a dire che, il suono, come di norma, è meglio percepito attraverso all'aria che attraverso alle ossa; 4° Inoltre la durata della percezione è accorciata in grado maggiore o minore in confronto del normale.

Aggiungasi che, secondo il Gradenigo, la distanza per l'orologio a battito forte è superiore persino del doppio a quella per la voce afona, rapporto affatto inverso a quello che si riscontra nelle malattie organiche del labirinto, le quali pure hanno comune coll'anestesia acustica molti caratteri funzionali. Come le anestesie cutanee poi, anche le anestesie uditive variano d'intensità entro limiti talora assai estesi, sia senza causa esterna apparente, sia dietro l'impiego degli estesiogeni. Così pure l'eccitabilità elettrica va soggetta a notevoli variazioni, e spesso la ipoeccitabilità coincide coll'ipoestesia acustica isterica, nella quale del resto l'ipoeccitabilità elettrica è di regola, mentre invece nelle lesioni organiche acutamente svolgentisi nel labirinto e nel nervo acustico si nota squisita ipereccitabilità; questo carattere differenziale però non ha valore per le affezioni labirintiche d'antica data. I rumori subbiettivi come le vertigini non fanno, come è noto, necessariamente parte del quadro dell'anestesia acustica isterica, per quanto possano anche coesistere. Il Gradenigo poi crede che nella sordità isterica si possano distinguere due categorie di ammalati: 1° quelli nei quali si può dimostrare l'esistenza di una percezione subcosciente; 2° quelli nei quali non può venire dimostrata l'esistenza di nessuna percezione; con Janet egli spiega la sordità isterica con una diminuzione della coscienza, fenomeno molto simile alla distrazione (S.)].

Vista. — Ambliopia isterica. — Al pari della sordità completa, l'amaurosi totale di natura isterica è estremamente rara. Essa incomincia di solito in modo improvviso, e, in capo ad alcuni giorni o a qualche settimana o a qualche mese, scompare d'un tratto, appunto com'era venuta in seguito ad un attacco o ad un'emozione morale un po' viva. Casi di questo genere furono riferiti da Briquet, Marlow, Wurdemann, Pitres.

I disturbi visivi che si osservano di solito negli isterici sono molto meno gravi, ma persistenti, e costituiscono, in grazia delle loro particolarità e della loro frequenza, una delle stimmate più attendibili dell'affezione. Al pari della maggior parte delle anestesie che abbiamo testè descritto, anche i disturbi visivi posseggono lo strano privilegio di esistere all'insaputa degli ammalati. È ben raro infatti ch'essi abbiano a lagnarsi di debolezza visiva; cosicchè per riconoscerla bisogna procedere ad un esame sistematico. Restringimento del campo visivo, disturbi nella percezione dei colori, astenopia, disturbi dell'accomodazione, tali sono gli elementi, il cui complesso costituisce ciò che si chiama *ambliopia isterica*.

Restringimento del campo visivo. — Quando un individuo normale fissa un determinato punto, egli ha la visione precisa del punto fissato, ma nello stesso tempo vede più o meno distintamente anche gli oggetti che lo circondano. L'estensione dello spazio accessibile alla visione attorno al punto fissato dà la misura del campo visivo. Ora se si esamina successivamente il campo visivo dell'uno e dell'altro occhio negli isterici, si constata, nella grandissima maggioranza dei casi, che esso è *ristretto*, e ristretto *concentricamente*. Il più spesso il restringimento è *bilaterale*, ed allora è simmetrico oppure disuguale fra un lato e l'altro; ma può anche essere *unilaterale*, nel qual caso di solito corrisponde al lato dell'emianestesia. Il grado è variabilissimo. Siccome l'acutezza visiva di solito è intatta, ne viene che gli isterici vedono distintamente gli oggetti che fissano, mentre il loro campo visivo si trova ridotto ad una area centrale ristretta, che circoscrive il punto di fissazione. Ma qualche volta accade che anche quest'area a sua volta scompare ed allora l'ambliopia è totale e la visione dell'occhio colpito è completamente abolita; vi è cioè amaurosi unilaterale.

Il restringimento del campo visivo degli isterici è *permanente*, ma varia sotto molteplici influenze. Di solito si accentua in seguito agli accessi. Durante l'esame campimetrico, la fatica o l'emozione dell'individuo, il grado di attenzione

col quale egli fissa il punto centrale, sono già sufficenti per farne aumentare o diminuire, entro certi limiti, l'estensione (1).

Secondo qualche osservatore, si potrebbero riscontrare negli isterici altre modificazioni del campo visivo, quali l'*emiopia laterale* e lo *scotoma centrale*. L'emiopia venne segnalata anche affatto recentemente nell'isterismo non complicato, ben inteso, da lesioni encefaliche, da Déjerine, Vialet, [Grocco]. Molti autori però negano assolutamente l'esistenza di queste forme, che ad ogni modo, sarebbero estremamente rare.

La *discromatopsia* si associa spesso, non però sempre, al restringimento concentrico del campo visivo. Venne studiata, in Francia, specialmente da Landolt, Charcot e Parinaud. Può essere unilaterale o bilaterale, incompleta o completa (acromatopsia). In quest'ultimo caso, gli ammalati non percepiscono più nessun colore; in un assortimento di colori più o meno intensi distinguono bensì le intensità dei toni, ma non i colori. Gli oggetti colorati sembrano loro grigiastri.

La perdita della nozione dei colori avviene di solito in un ordine regolare, cosicchè certi colori non sono più percepiti, mentre è ancora conservata la percezione degli altri. La discromatopsia isterica, quando si sviluppa così in maniera progressiva, interessa dapprima il violetto, poi il verde, poi l'azzurro, poi il giallo e per ultimo il rosso. La persistenza del color rosso è il carattere dominante di questa discromatopsia. Ma questa regola non è punto assoluta: certi ammalati non perdono la nozione dell'azzurro che dopo quella del rosso.

Indipendentemente dall'astenopia accomodativa che qualche volta si osserva, si può riscontrare negli isterici un disturbo particolare della vista che fu segnalato da Parinaud ed è la *diplopia* o meglio *poliopia monoculare*. Ecco in quali condizioni la si può constatare: " Se collochiamo presso l'occhio e poi allontaniamo lentamente una matita od un oggetto qualsiasi, esso è dapprima veduto semplice, ma, alla distanza di 10 a 15 centimetri dall'occhio, compare una seconda immagine, per solito dal lato temporale. Man mano che l'oggetto si allontana, le due immagini si scostano e non di rado ne compare anche una terza, meno intensa, dal lato opposto. Nel medesimo tempo si constata *macropsia* o *micropsia*, accentuatissime, avvicinando od allontanando l'oggetto " (2). Secondo Parinaud, questa poliopia, la cui interpretazione è molto difficile, sarebbe dovuta a uno spasmo dell'accomodazione. [Io osservai pure lo stesso fenomeno in un caso di tetania; anche a me pare accettabile la spiegazione data da Parinaud del singolare fenomeno (S.)].

Tutti questi disturbi visivi non sono imputabili a nessuna alterazione apprezzabile della retina, nè dei mezzi trasparenti dell'occhio. L'esame oftalmoscopico è sempre negativo.

L'ambliopia isterica presenta, nel modo più evidente, tutti i caratteri strani e contraddittori, come pure tutte le difficoltà d'interpretazione che sono inerenti, come vedremo, alle anestesie isteriche in generale. Ricordiamo, anzitutto, le osservazioni di Charcot e Regnard sulla discromatopsia unilaterale e bilaterale degli isterici. Un'ammalata aveva conservato la visione del rosso,

---

(1) V. su questo argomento: Charcot, Leçons cliniques. — Parinaud, Anesthésie de la rétine, Contribution à l'étude de la sensibilité rétinienne: Communication à l'Académie de Médecine de Bruxelles, 1886 — Hitier, De l'Amblyopie liée à l'hémianesthésie et spécialement de l'amblyopie hystérique; Thèse de Paris, 1886.

(2) Parinaud, Op. cit. e *Annales d'Oculistique*, maggio-giugno 1878.

ma non distingueva più il colore verde; si fece girare davanti ai suoi occhi un disco di Newton, i cui settori erano colorati in rosso e in verde nella debita proporzione, e tosto vide comparire una tinta biancastra come avrebbe fatto un individuo con vista normale, mostrando così di avere la visione distinta dei due colori complementari rosso e verde. Presentando alla stessa ammalata due dischi, uno rosso e bianco e l'altro rosso e verde, essa dichiarava che erano del medesimo colore; ma, se i due dischi si mettevano in movimento, il disco rosso e bianco le sembrava rosso chiaro, come di norma, e quello rosso e verde le sembrava grigiastro, ciò che è pure normale ed esatto. Cosicchè l'ammalata ricostituiva la luce bianca con un colore che vedeva e con un altro colore che non distingueva.

Regnaud fece anche la seguente esperienza, che venne, in seguito, più volte ripetuta. Un'isterica acromatopsica per il rosso è invitata a fissare un quadrato di carta rossa collocata su di un fondo bianco. Questa carta le sembra dapprima grigia, ma, dopo un certo tempo, ella percepisce l'immagine consecutiva di un quadrato verde (colore complementare). Regnard e Charcot (1) da questi fatti deducevano che l'acromatopsia isterica è un fenomeno puramente cerebrale, che cioè il difetto fisiologico, che la produce, risiede non nella retina, ma nel centro percettivo. Allorchè la vibrazione arriva a questo centro, essa non è apprezzata e percepita, ma agisce tuttavia su di esso, perchè produce l'immagine consecutiva verde, ed, aggiunta alla vibrazione rossa, dà la sensazione del bianco.

Più recentemente Parinaud (2) e Pitres (3) hanno fatto sull'*amaurosi isterica unilaterale* delle osservazioni interessanti, che dobbiamo brevemente ricordare. Parinaud ha dimostrato che isterici, affetti da discromatopsia monoculare per un colore, vedevano distintamente quello stesso colore anche coll'occhio acromatopo, nella *visione binoculare*.

« Un quadrato di carta verde è percepito come grigio dall'occhio sinistro ambliope, come verde dall'occhio destro sano. Se si colloca sull'occhio sano un prisma, che faccia vedere due immagini della carta, invece di essere una verde e l'altra grigia, come si dovrebbe credere, le due immagini sono verdi ».

È nota la disposizione della scatola di Flees. Grazie ad un giuoco di specchi, l'individuo che vi guarda con ambedue gli occhi, percepisce alla sua destra un oggetto rosso, che in realtà è veduto dall'occhio sinistro ed alla sua sinistra un oggetto bianco, il quale è visto soltanto dall'occhio destro. Un simulatore, che si dica amaurotico dell'occhio sinistro, all'esame con questo apparecchio sopprimerà naturalmente l'immagine che percepisce a sinistra e quindi sarà tosto smascherato. Invece se si applica questo metodo di controllo ad un'isterica affetta da amaurosi unilaterale, essa dirà ingenuamente che vede ambedue gli oggetti (Pitres).

Parinaud ha pur visto che ammalati, acromatopi da ambo gli occhi nella visione monoculare, distinguevano invece i colori nella visione binoculare; che in molti casi di restringimento concentrico, unilaterale, del campo visivo, bastava far aprire l'occhio sano perchè l'estensione del campo visivo dell'occhio ambliopico aumentasse di 10 a 20 gradi. Da tutte queste e da altre esperienze, Parinaud e Pitres dovettero necessariamente concludere che i

(1) *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, gennaio 1878.
(2) V. su questo argomento: Parinaud, loc. citato.
(3) Pitres, loc. cit., vol. I, pag. 103 e seg.

disturbi visivi che caratterizzano l'ambliopia isterica non esistono che nella *visione monoculare*. Per interpretare questo fatto furono messe innanzi tre ipotesi. Parinaud e Pitres ammettono che i centri encefalici di percezione delle immagini visive non siano gli stessi per la visione binoculare e per la monoculare e che quindi gli uni possano essere paralizzati o paretici, mentre gli altri funzionano regolarmente. Bernheim crede che si tratti di un fenomeno di suggestione inibitoria. " L'isterica, egli dice, neutralizza incoscientemente colla sua immaginazione l'immagine visiva percepita „ (*a*). Infine, Binet, fondandosi sulle esperienze di Féré intorno agli effetti dinamogenici delle eccitazioni sensoriali, suppone che " quando i due occhi sono aperti contemporaneamente, le eccitazioni visive ricevute da ciascuno di essi esercitino sull'altro occhio, sulla sua sensibilità cromatica, sull'estensione del campo visivo, un'azione dinamogena „.

Dobbiamo ora ricordare le leggi che presiedono alla distribuzione anatomica ed al modo di comportarsi delle diverse varietà di anestesie che fino ad ora abbiano considerato separatamente, per necessità di descrizione.

Distribuzione topografica delle anestesie isteriche. — L'anestesia si presenta di rado *generalizzata* a tutta l'estensione del tegumento esterno e delle mucose. Briquet, su 240 ammalati, ha trovato questa modalità solamente quattro volte. Il più spesso è *parziale* e si *localizza* variamente; tuttavia queste *localizzazioni* si possono ricondurre a tre tipi principali: 1° l'*emianestesia;* 2° la disposizione in *segmenti geometrici;* 3° in *zone disseminate.*

L'*emianestesia* è comune e può presentarsi con caratteri identici a quelli delle emianestesie dipendenti da lesioni a focolaio della capsula interna. Risiede di preferenza dal lato sinistro. Quando è completa e totale, il confine tra le parti sensibili e le parti insensibili è situato esattamente sulla linea mediana del corpo; nessuna eccitazione dolorosa, tattile, termica o muscolare portata sul lato affetto provoca sensazioni coscienti. L'anestesia delle mucose e dei sensi speciali del medesimo lato non accompagna necessariamente questa emianestesia, ma è frequente. Anzi in un numero abbastanza grande di casi di emianestesia l'anestesia sensoriale interessa i sensi del lato opposto a quello dell'anestesia della pelle e delle mucose, particolarità questa che importa notare, poichè, quando si presenta, esclude subito ogni tentativo di localizzazione cerebrale e permette di affermare la natura isterica dell'emianestesia.

(*a*) [Pare sia questa la ragione principale del fenomeno, come tenderebbe a dimostrarlo la seguente mia osservazione (V. B. Silva, Su alcuni fenomeni che si osservano durante l'ipnotismo, e fuori di esso; *Rivista clinica di Bologna*, aprile 1885): ad una ammalata, Carolina V., immersa nell'ipnotismo, io dico: " Tu non vedi dall'occhio destro „, e subito si nota che non muove palpebra, anche quando le metto il dito sulla rima palpebrale: tutti gli oggetti posti davanti a lei, a destra del piano mediano verticale del suo corpo, non esistono per lei, e non sono percepiti; due dita poste davanti a lei, a tre come a trenta centimetri di distanza, sono percepiti come un solo, se uno dei due diti si trova a destra del piano verticale mediano del suo corpo; è percepito il dito posto dal lato opposto, dal lato cioè dell'occhio sano. Io ora la faccio scrivere su un foglio di carta bianca, e noto subito che ella giunta alla metà del foglio, ritorna a capo; l'altra metà, la destra, per lei non esiste. Le dico che vede da ambo gli occhi e, continuando ella a scrivere, scrive ora tutto il foglio. Le dico che non vede dall'occhio sinistro, ed ora è la metà sinistra del foglio di carta che, non percepita, non viene riempita dalla paziente. Lo stesso vale per la lettura. — Poichè non vi era emiopia, provocata colla suggestione, il fenomeno non può intendersi come un fatto di origine psichica, come lo sono i disturbi sensitivi e motori delle isteriche. L'ammalata vedeva bensì, ma credeva di non poter vedere dall'occhio suggestionato amaurotico ed agiva in conseguenza, e naturalmente, non secondo le leggi fisiche e fisiologiche, ma secondo le nozioni volgari sulla funzione della vista che ella avea (S.)].

La ripartizione dell'anestesia non è sempre così semplice; l'anestesia che occupa la testa, il braccio e l'arto superiore è qualche volta interrotta da zone rimaste sensibili, in corrispondenza o del collo, o del torace od anche di un segmento dell'arto. Finalmente l'emianestesia può essere *crociata*.

Le *anestesie a segmenti geometrici* costituiscono una delle modalità più curiose fra le anestesie localizzate, e vennero descritte diligentemente da Charcot. Arti interi oppure segmenti di arto, un dito, la mano, la gamba, sono insensibili. Queste insensibilità, chiamate comunemente coi nomi immaginosi di anestesie a braccialetto, a dito di guanto, a gambale o bracciale, a manicotto, sono limitate da linee regolari, di solito perpendicolari all'asse dell'arto.

Zone anestetiche compaiono spesso in regioni od organi che sono sede di un accidente isterico, di una contrattura o di una paralisi, ecc. (1).

Finalmente si possono osservare delle *isole* di anestesia sparse sulla superficie del corpo senza ordine apparente.

Insomma, qualunque sia la loro ripartizione topografica, comunque siano fra loro associate, le anestesie isteriche non corrispondono mai esattamente a territorii anatomici innervati da determinati nervi periferici o plessi; per la forma e la topografia sfuggono di solito, eccezione fatta dei casi di emianestesia regolare, ad ogni tentativo di localizzazione anatomica tendente a connetterli con qualche lesione a focolaio interessante i centri nervosi.

Caratteri specifici e contraddittori delle anestesie isteriche. — Ma non è questa la sola particolarità che permette di differenziare queste anestesie da quelle di origine organica. L'anestesia isterica, sotto tutte le forme, possiede infatti dei caratteri proprii, che brevemente esamineremo.

Se l'anestesia cutanea degli isterici è accompagnata qualche volta da reazioni vascolari speciali (mancanza di emorragia in seguito alle punture, comparsa di una papula di edema acuto sui luoghi punti), da un aumento della resistenza elettrica (Vigouroux), si deve anche riconoscere che questi varii disturbi non le sono sempre associati. Spesso mancano completamente e si può dire che, in generale, le reazioni elettriche e vascolari, lo stato termico e la colorazione della pelle sono esattamente identici dal lato anestetico come dal lato rimasto sensibile.

1° *Conservazione dei riflessi organici.* — Contrariamente a quanto si osserva nei casi di anestesia dipendenti da una lesione organica delle vie conduttrici, le anestesie isteriche non alterano nè fanno scomparire i riflessi *organici*. Il riflesso rotuleo, il riflesso cremasterico, il riflesso abdominale di Rosenbach, i riflessi cardiaci e respiratorii provocati da certe eccitazioni cutanee sono perfettamente conservati, qualunque sia l'estensione ed il grado di intensità dell'anestesia. Lo stesso dicasi dei movimenti riflessi della pupilla alla luce ed all'accomodazione nei casi di amaurosi isterica. È pure conservato il *riflesso pupillare sensitivo*. Si sa che allo stato normale, ogni eccitazione interessante un organo sensibile determina per azione riflessa una dilatazione della pupilla proporzionale alla intensità dell'eccitazione ed alla sensibilità della regione eccitata. Ora, nei casi in cui l'anestesia isterica è assoluta, la reazione pupillare ha luogo evidentemente quando si pizzicano con forza le zone cutanee insensibili (Pitres).

Vi ha però una categoria di riflessi che nell'anestesia isterica scompaiono; tali sono: il riflesso al solletico, il riflesso palpebrale, che normalmente determina l'occlusione brusca delle palpebre quando si tocchi la congiuntiva, il

(1) Charcot, op. cit., vol. III, 345. — Gilles de la Tourette, op. cit., 658.

riflesso della nausea, provocato dal titillamento della retrobocca. Ma è bene notare che questi sono movimenti riflessi un po' speciali e di natura complessa. Anche nello stato normale non si producono sempre, fatalmente, in seguito alla eccitazione provocatrice, come accade pei riflessi organici propriamente detti (patellare, pupillare, ecc.). Infatti lo stato psichico dell'individuo (emozione, associazione di idee abituali) è un fattore importante nella produzione di questi atti riflessi, e può esercitare sul loro sviluppo un'azione sia eccitatrice, sia moderatrice od anche sospensiva.

2° *Mobilità.* — Quando una lesione più o meno grave del sistema nervoso determina un'anestesia, questa è definitiva oppure scompare lentamente man mano che avviene la guarigione dell'organo leso. Invece l'anestesia isterica è essenzialmente mobile. È bensì vero che qualche volta persiste tenacemente per mesi ed anni; ma, in generale, scompare, ricompare, si sposta o si modifica in modo rapido, sia spontaneamente, sia sotto l'influenza di cause diverse, " di cause talora così lievi che possono passare inosservate „ (Féré).

E un fatto di osservazione comunissima che gli *accessi* fanno spesso variare la ripartizione delle zone sensibili e l'estensione del campo visivo; l'anestesia talora si estende e si accentua all'avvicinarsi dei parossismi convulsivi, e qualche volta si è potuto osservare che, durante l'accesso, una regione, che era completamente insensibile nell'intervallo delle crisi, ricupera momentaneamente la sua sensibilità; l'assorbimento di una certa dose di etere, di morfina (1), od anche di alcool, il sonno cloroformico (2) fanno talvolta scomparire momentaneamente le stimmate e in ispecie le anestesie.

Qualche osservatore ha potuto assicurarsi che durante il sonno naturale della notte l'anestesia tattile spesso scompare.

Gli stati di sonnambulismo provocati determinano numerose modificazioni della sensibilità; certi isterici che presentano allo stato di veglia delle anestesie più o meno estese ricuperano allo stato sonnambolico tutte o quasi tutte le loro sensibilità. È questo un fatto che Pierre Janet (3) e qualche altro osservatore hanno segnalato parecchie volte.

L'influenza della suggestione basta qualche volta a fare scomparire per un certo tempo le anestesie isteriche.

Un altro fenomeno psicologico, l'*attenzione*, può, in certi individui, ricondurre per un momento la sensibilità in una regione abitualmente anestetica. Janet e Binet hanno fatto a questo proposito delle esperienze perfettamente dimostrative. Le emozioni vive, le preoccupazioni, le visioni fanno invece aumentare le anestesie.

Infine l'anestesia degli isterici può modificarsi sotto l'influenza di cause fisiche il cui modo di azione è ancora male dilucidato; alludiamo agli *agenti estesiogeni* (4), quali l'elettricità, le calamite, le piastre metalliche, ecc. Briquet e Duchenne avevano insistito sull'efficacia delle correnti faradiche per ristabilire le sensibilità perdute negli isterici. Nel 1875 Vulpian e Grasset pubblicarono nuovi esempi di questi fatti, la cui realtà è incontestabile.

Fin dal 1849 Burq richiamava l'attenzione sugli effetti curativi che aveva ottenuto coll'applicazione di lamine metalliche alla superficie della pelle in

(1) Ball, La morphinomanie, 1885. — J. Voisin, *Soc. méd. des Hôp.*, maggio 1890.

(2) Jules Janet, *Bull. méd.*, 1887.

(3) P. Janet, Anesthésie et dissociation; *Revue philosophique*, 1887. — Les actes inconscients et la mémoire pendant le sonnambulisme; *Rev. philosoph*, 1888, e Automatisme psycholog., 1889.

(4) V. su questo argomento: Pitres, op. cit., pag. 144 e seg. del vol. I.

certi casi di paralisi, di contratture e d'anestesia. In seguito dimostrò che le calamite e le correnti galvaniche potevano produrre effetti analoghi. Questi strani fenomeni furono verificati da Charcot. La Società di Biologia nominava nel 1876 una commissione incaricata di controllarli, la quale concluse col dichiararli veri e di più scoperse, durante le proprie esperienze, due fatti nuovi: il *transfert*, ossia passaggio dell'anestesia dal lato primitivamente insensibile al lato sensibile sotto l'azione degli agenti estesiogeni, e il fenomeno delle *oscillazioni consecutive*, che si produce dopo che è stato allontanato l'agente estesiogeno: l'emianestesia, prima di riprendere definitivamente la sua posizione di prima, subisce una serie di spostamenti successivi durante i quali la si può constatare ora da un lato, ora dall'altro. Molti osservatori ripeterono e moltiplicarono queste esperienze, che ebbero soprattutto il risultato di allungare singolarmente la lista degli agenti estesiogeni.

Vi vediamo infatti figurare l'acqua calda e la fredda, i senapismi, il legno, dei sali minerali, un gas metallico, l'idrogeno, i vapori mercuriali (Pitres), ecc. Convien notare che ogni isterica ha il suo od i suoi agenti estesiogeni prediletti: chi è *sensibile* all'argento, non lo è al rame e viceversa. Il meccanismo, la ragion d'essere di questi fenomeni ricevette svariate interpretazioni. Noi non possiamo esporre qui particolareggiatamente le teorie che furono proposte. In generale, le une spiegano gli effetti degli agenti estesiogeni con azioni *fisiche*, collo sviluppo di correnti elettriche pel contatto fra la pelle e il metallo (Regnard), colla polarità elettrica (R. Vigouroux), colle vibrazioni molecolari (Schiff); gli altri attribuiscono questi fenomeni soltanto ad influenze puramente psichiche. L'influenza dell'attenzione e della suggestione interviene certamente in molti dei fenomeni di questo genere, se non in tutti i casi. Per affermare la realtà e determinare la parte delle azioni fisiche invocate in questi fenomeni di estesiogenia, bisognerebbe, a nostro avviso, ricominciare da capo le esperienze, ma in condizioni tali che fosse completamente soppressa l'influenza dei fenomeni psichici. Quanto al *transfert* esso non è, secondo ogni probabilità, che l'esagerazione di un fatto fisiologico comune. Ritorneremo su questo argomento descrivendo quello speciale disturbo della sensibilità che si osserva negli isterici e che si conosce sotto il nome di *allochiria*.

3° Un altro carattere particolare delle anestesie isteriche, è quello di non disturbare punto gli ammalati, i quali ignorano quasi sempre l'esistenza delle anestesie da cui sono affetti. La maggior parte degli isterici, che non furono ancora esaminati, rimangono assai sorpresi quando apprendono la loro insensibilità. Lasègue, Charcot hanno spesso insistito su questo particolare. È un fatto che questi ammalati portano, senza avvedersene, anestesie talora molto estese e molto profonde. Essi scrivono, cuciono, afferrano gli oggetti più minuti ed agiscono liberamente come se le anestesie non esistessero ed è evidente che non si sforzano punto a correggere l'insensibilità delle loro mani sorvegliando continuamente i movimenti colla vista. Se, a questo proposito, si paragonano le anestesie isteriche, per esempio, alle anestesie degli atassici, o dei siringomielici, la differenza è spiccata. Questi ultimi sono disturbati dalla loro insensibilità e se ne lamentano, perchè rende loro difficile l'afferrare gli oggetti, quindi si scottano od urtano goffamente cogli oggetti circostanti le loro mani anestetiche. Niente di tutto ciò si nota negli isterici. La stessa osservazione è applicabile anche alle anestesie sensoriali e specialmente alla ambliopia. Noi abbiamo già insistito abbastanza sui caratteri singolari, contraddittorii, dell'anestesia visiva negli isterici; orbene, gli stessi caratteri contraddittorii si riscontrano anche nelle anestesie cutanee, muscolari, ecc.

4° La maggior parte degli individui isterici ed anestetici, quando sono osservati attentamente e in certe condizioni speciali, si comportano come se la loro anestesia non fosse reale, o, in altri termini, come simulatori che dimenticassero per un istante il loro stato e fossero côlti in fallo. È questo un fatto che tutti i medici, che abbiano appena un po' di pratica coll'isterismo, hanno certamente constatato. Osservisi un'isterica affetta da un'anestesia completa, totale, di tutto l'arto superiore destro. Le si può scottare la mano, pungere il polpastrello delle dita, torcere l'articolazione del polso senza che accusi nessuna sensazione. Dopo averle bendati accuratamente gli occhi, se si porge nella mano insensibile un paio di forbici oppure una matita, per esempio, la si vede prendere l'oggetto, maneggiarlo e disporlo nell'atteggiamento voluto, come farebbe una mano la cui sensibilità fosse intatta. Pierre Janet ha osservato e riferito molti fatti contraddittorii di questo genere, relativi sia alla sensibilità tattile, sia alla sensibilità muscolare ed anche alla estensione del campo visivo (1). Egli racconta a questo proposito la seguente esperienza: " G....., un giovanetto di sedici anni, aveva avuto il primo accesso in seguito ad un grande spavento provato durante un incendio. Egli riproduceva quell'episodio ad ogni accesso, gridava al fuoco, si dibatteva nelle fiamme; inoltre, bastava, anche quando era nella massima calma, parlargli d'incendio e specialmente mostrargli una piccola fiamma, per provocare tosto il ritorno dell'accesso. Un giorno io lo collocai di fronte al perimetro, come per misurarne il campo visivo; gli feci chiudere l'occhio destro e fissare col sinistro il punto centrale. Egli si aspettava di vedere scorrere sull'arco di cerchio annerito un pezzetto di carta, come aveva visto altre volte; ma io teneva accuratamente nascosto dietro di lui uno zolfanello acceso e l'avvicinai dolcemente all'estremità dell'arco. Lo zolfanello era appena verso l'80° grado, che l'ammalato gettò un grido ed entrò in convulsioni. Ora, questo ammalato aveva il campo visivo dell'occhio sinistro limitato a 30° e il mio zolfanello, essendo a 80°, si trovava evidentemente nella parte del campo visivo che era invisibile ". Questa esperienza fu riprodotta, variando talune circostanze, da altri osservatori e specialmente da Laurent (2).

Queste osservazioni, ed altre che si potrebbero citare, dimostrano il carattere paradossale delle anestesie isteriche e spiegano come possa essere sviato un osservatore che, da un momento all'altro, constata l'esistenza di una insensibilità e poi si vede costretto a riconoscere che non esiste o che varia secondo il modo con cui esamina l'ammalato. Come interpretare queste strane anestesie?

Tentativi di interpretazione dell'anestesia isterica. — Vi è una prima spiegazione che si presenta naturale alla mente di molti clinici ed è che le anestesie siano *simulate*. Queste ammalate, si dice, pretendono di essere insensibili, ma in realtà sentono perfettamente, poichè basta sottoporle a prove semplicissime per ismascherare tosto la loro impostura. Tale interpretazione, così facile, è alla portata di tutti, ma deve essere respinta, perchè assurda. Anzitutto non si capisce molto bene quale interesse potrebbe spingere tante isteriche a simulare l'anestesia; e poi come è che queste ammalate in tutti i tempi e in tutti i paesi vanno d'accordo per simulare lo stesso sintoma e presentarlo nello stesso modo? Che abbiano fatta un'intesa fra di

(1) P. Janet, Les stigmates mentaux de l'hystérie, pp. 32 e 33.
(2) Laurent, *Arch. de Neurol.*, maggio 1892. — *Arch. clin. de Bordeaux*, settembre 1892.

loro? E le vediamo forse mettere in mostra le anestesie e assumerle in testimonianza della sincerità delle loro parole? Niente affatto, poichè, al momento del primo esame, che ne rivela l'esistenza, il più delle volte almeno, le ignorano.

Per ben comprendere il meccanismo delle anestesie, come del resto della maggior parte dei fenomeni isterici, non bisogna cercare di avvicinarle alle anestesie sintomatiche delle lesioni organiche dei centri nervosi e cercare, coll'aiuto dei dati forniti dall'anatomia, dalla fisiologia e dalla clinica, di localizzare ad un dato piano dell'asse cerebro-spinale la modificazione dinamica, l'inerzia funzionale del centro percettivo, da cui sembrano derivare. Gli autori che si posero per questa via delle interpretazioni " anatomiche " arrivarono a teorie senza dubbio molto ingegnose, ma inaccettabili, perchè in realtà non ispiegano la maggior parte dei caratteri specialissimi dell'anestesia isterica. Bisogna invece considerare queste anestesie come una particolare manifestazione di un indebolimento che interessa non un dato centro, ma tutte le funzioni più elevate della corteccia cerebrale; in altre parole, bisogna riferirle a un disturbo generale delle funzioni psicologiche. In quest'ordine di idee, il tentativo d'interpretazione che ci sembrerebbe più felice, la teoria che meglio rende conto del meccanismo della maggior parte delle anestesie isteriche e delle osservazioni cui diedero luogo, che spiega meglio e concilia i caratteri loro proprii, ci sembra quella proposta da Pierre Janet. Noi la esporremo qui quanto più brevemente e quanto più chiaramente ci sarà possibile.

L'anestesia isterica, dice P. Janet, è una specie di *distrazione*. Infatti la distrazione, nell'uomo normale, produce dei fenomeni analoghi a quelli dell'anestesia delle isteriche. Essa ci impedisce di vedere un oggetto che teniamo in mano, di udire il rumore sordo di una grande città in cui ci troviamo e di sentire i contatti, la pressione delle vesti che portiamo. Quando è intensa, come nei casi in cui rivolgiamo fortemente la nostra attenzione su di un dato oggetto, essa può impedirci di percepire sensazioni anche violente. Pascal dimenticava dolori gravi attendendo alla soluzione di un problema. In realtà le isteriche presentano distrazioni considerevoli. Si può facilmente, distraendo la loro attenzione, provocarvi delle insensibilità *momentanee*, che hanno tutti i caratteri delle loro anestesie permanenti abituali. Tuttavia la stimmate permanente, anestesia isterica, non potrebbe essere interamente assimilata a una pura e semplice distrazione; essa ha maggior durata e maggior nettezza; esiste senza che l'attenzione dell'individuo sia assorbita da un'idea fissa o da qualche oggetto esterno; non iscompare quando l'individuo lo vuole, come accade per le insensibilità passeggiere che accompagnano la distrazione in un individuo normale. Questi, è vero, non ode il rumore di una grande città, il tic tac di un pendolo collocato a lui vicino, e tuttavia basta che ascolti questi rumori, che *voglia* udirli perchè tosto li percepisca. Vi ha quindi nell'anestesia isterica, fenomeno patologico, qualche cosa di più che nella distrazione, fenomeno normale. Per afferrare le differenze, che distinguono questi due stati e le analogie, che permettono di avvicinarli, fino ad un certo punto, fra di loro, è necessario di comprendere bene il meccanismo psichico della *percezione delle sensazioni*. Noi possiamo, scrive P. Janet, considerare la sensibilità come una operazione in due tempi. Primo tempo: si producono nella mente, o, se vogliamo, nelle cellule della corteccia cerebrale, all'arrivo delle impressioni che sono loro trasmesse dai sensi, dei piccoli fenomeni psicologici elementari, conseguenze delle multiple eccitazioni esterne

tattili, visive, uditive, muscolari, ecc. Sono queste le *sensazioni elementari*, gli stati di coscienza primitivi che è impossibile decomporre, al dire di Wundt, in fenomeni più semplici. Fino a questo punto, l'idea della personalità dell'individuo non interviene. Egli non ha ancora percepito coscientemente, *personalmente*, le suddette sensazioni. Secondo tempo: avviene una riunione, una sintesi di tali fenomeni elementari con la nozione vasta della personalità, cioè con quell'insieme di ricordi, di sensazioni passate, di pensieri, di cognizioni anteriormente acquisite, che costituisce l'idea della *personalità*, la coscienza dell'*io*. È questa *assimilazione* delle sensazioni nuove per parte della personalità anteriore e cosciente dell'individuo quella che gli permette di dire " io sento ", in altre parole di percepire con coscienza chiara e personale le sensazioni attuali. Ecco ciò che Pierre Janet ha proposto di chiamare la *percezione personale*.

Ora, neanche l'uomo più capace può riunire così, ad ogni momento, in una stessa percezione personale, tutte le sensazioni elementari che determinano in lui le innumerevoli eccitazioni che assalgono continuamente i suoi varii sensi. Molte di queste sensazioni elementari non sono inglobate nella sua personalità; non arrivano alla meta e rimangono quindi *inavvertite*, quantunque *reali*, allo stato di sensazioni *subcoscienti*. La quantità massima di sensazioni che questi potrà, in un dato momento, assimilare, riunire nella sua percezione personale, darà la misura dell'*estensione del suo campo di coscienza*.

Supponiamo un individuo normale che ascolti una lettura: egli *percepirà* un certo numero di sensazioni uditive e visive, le parole, la voce del lettore, il suo atteggiamento, i suoi gesti; ma tutto il rimanente, le impressioni tattili, termiche, muscolari che potrà ricevere nello stesso istante, passeranno inavvertite e rimarranno allo stato di sensazioni subcoscienti. Se invece di ascoltare una lettura, egli intraprende, il momento dopo, la soluzione di un problema d'algebra, il suo campo di coscienza si troverà occupato da un'altra serie di sensazioni o d'immagini, mentre le altre sensazioni rimarranno per lui, a loro volta, allo stato di fenomeni subcoscienti. Ma, in grazia della funzione alternante, man mano che applicherà la sua attenzione ad oggetti diversi, i quali gli forniranno sensazioni diverse, questa persona potrà percepire, insomma, tutte le impressioni. Da ciò si può capire che cosa è la distrazione semplice, normale.

Supponiamo ora un ammalato la cui attività mentale è indebolita, del quale il campo di coscienza è in certo modo ristretto, al punto che non può più percepire in una sol volta che un picciol numero di sensazioni; questo individuo trascurerà a poco a poco di afferrare le sensazioni meno importanti per le sue funzioni ordinarie, per esempio, le sensazioni tattili e si riserverà quelle più necessarie dell'udito e della vista. Per un certo periodo, sarà ancora capace di volgersi, per così dire, verso quelle sensazioni trascurate e di riprenderle momentaneamente nel campo della sua percezione personale quando la sua attenzione sarà attirata su di esse; ma, alla lunga, " la cattiva abitudine psicologica " è fatta e viene un giorno che non sa più percepirle coscientemente; lo si punge sul braccio e, con sua grande sorpresa, non sente la puntura. Dopo essere stato un distratto rispetto a queste sensazioni, è divenuto anestetico. L'anestesia delle isteriche è quindi un sintoma di debolezza, di incapacità mentale; è la conseguenza del restringimento del campo della coscienza. Questi ammalati, non potendo abbracciare nella loro personalità che un numero piccolissimo di sensazioni, s'avvezzano insensibilmente a dirigere la loro percezione personale sempre nel medesimo senso, verso il medesimo

gruppo di sensazioni, e giungono al punto *da non saper più applicarle* al gruppo di sensazioni che hanno preso l'abitudine di trascurare.

Le precedenti considerazioni teoriche permettono di comprendere, perchè, all'inizio della loro malattia, le giovani isteriche non presentano anestesie. È questo un fatto clinico frequente ad osservarsi; esse hanno soltanto delle insensibilità passeggiere, spontaneamente mobili, che la minima *distrazione* fa nascere e che un po' d'attenzione basta per fare scomparire. Poichè, ad uno stadio più avanzato nell'evoluzione della malattia, queste insensibilità tendono a fissarsi, a diventare più profonde e permanenti, è allora necessario di agire con maggior forza sulla loro attenzione per ristabilire momentaneamente la percezione personale di sensazioni sempre più sbiadite.

A completare questa interpretazione psicologica dell'anestesia isterica, è necessario conoscere ed indicare la sorte riservata alle sensazioni rimaste inavvertite alla personalità (sensazioni *subcoscienti*). Tali sensazioni, non connesse alla coscienza personale dell'individuo, sono tuttavia reali; esse non vanno interamente perdute. " Persistono, dice Herzen, e continuano ad agire allo stato latente e, per così dire, sotto l'orizzonte della coscienza..... In questo stato subcosciente possono avere anche effetti motorii ed influire su altre idee „. Furono date di questo fatto numerose dimostrazioni (1) che qui non possiamo esporre. In certe condizioni sperimentali, si può dimostrare che queste sensazioni subcoscienti furono in realtà percepite, quantunque all'insaputa dell'individuo, poichè provocarono in lui dei movimenti, delle associazioni di idee. La maggior parte degli isterici messi in istato di sonnambolismo ritrovano quasi sempre quelle impressioni che allo stato di veglia non avevano provato coscientemente, ecc.

Applicando alle anestesie isteriche queste nozioni essenziali, nelle quali si riassume la teoria ora accennata, si può dire che l'anestesia isterica consiste nell'indebolimento della *percezione personale*, che si limita ad un certo ordine di sensazioni, con esclusione delle altre. Le " altre sensazioni inavvertite, rimaste allo stato subcosciente, sono tuttavia reali, persistono, ed agiscono e prendono parte, ma all'insaputa dell'individuo, alla *funzione automatica della sua mente* „; si potranno così spiegare la maggior parte dei caratteri strani, contradditorii che presentano tali anestesie. Si capirà perchè queste anestesie sono talora sistematiche, elettive e mobili, perchè scompaiono momentaneamente per suggestione o quando con un processo qualunque si obbliga l'attenzione dell'individuo a rivolgersi verso una delle sensazioni apparentemente perdute; perchè le anestesie si aggravano quando l'ammalato è distratto da una visione, dall'ossessione di una idea fissa, dall'esame che gli si fa subire; perchè, infine, dato che le sensazioni che sembrano inavvertite esistano in realtà allo stato subcosciente, queste anestesie non producono gravi perturbamenti nella funzione automatica degli ammalati, perchè infine sono per loro indifferenti ed esistono di solito a loro insaputa. Janet (2) crede che l'interpretazione da lui proposta delle anestesie tattili possa e debba applicarsi anche alle varie anestesie sensoriali e che permetta di comprendere i caratteri singolarissimi specialmente dell'ambliopia isterica. È naturale che l'ammalato trascuri dapprima le sensazioni corrispondenti alle parti eccentriche del campo visivo e

(1) Herzen, Le cerveau et l'activité cérébrale, 1887.

(2) V. su questo argomento: P. Janet, Op. cit. — Binet, Sur les altérations de la conscience chez les hystériques. — Onanoff, La perception inconsciente chez les hystériques; *Archives de Neurol.*, 1890.

che percepisca soltanto le immagini più vicine al centro di fissazione; donde la forma concentrica del restringimento del campo visivo.

Lo stesso autore spiega la scomparsa dell'ambliopia unilaterale nella visione binoculare dicendo che l'immagine percepita dall'occhio sano, evoca e fa ricomparire nella percezione cosciente l'immagine che, nella visione monoculare dell'occhio anestetico, resta di solito allo stato di sensazione subcosciente. Egli ammette che nelle esperienze del prisma, della scatola di Flees, ecc., queste immagini abitualmente trascurate sono momentaneamente percepite dall'occhio amaurotico, perchè, egli dice, mettendo dei prismi o dei vetri davanti all'occhio anestetico, si provocano delle sensazioni bizzarre, insolite, in altri termini, un'eccitazione speciale, che obbliga l'ammalato a far uno sforzo maggiore per la visione e ad accrescere così temporaneamente il suo campo di percezione visiva.

Quanto al fenomeno del transfert, ecco come lo si potrebbe interpretare. Si può osservare in certi isterici incompletamente anestetici da una metà del corpo un disturbo particolare interessante la localizzazione delle sensazioni ch'essi percepiscono. Se si punge il lato ipoestetico, per esempio, sul braccio, l'individuo non sa dire se sia stato punto sul braccio destro o sul sinistro; a questo fenomeno venne dato il nome d'*allochiria semplice*. Talvolta anzi l'individuo localizza l'eccitazione che ha percepito non dal lato ipoestetico, come dovrebbe fare, ma *dal lato sensibile* e cioè nel punto esattamente simmetrico a quello che fu eccitato. Si ha allora l'*allochiria completa* (1); se si avvicina questa confusione fra i due lati alle esperienze fisiologiche che stabiliscono la solidarietà, dal punto di vista della sensibilità, delle parti simmetriche situate da ciascun lato della linea mediana, riesce possibile fino ad un certo punto comprendere il fenomeno del transfert. Quando infatti, sia per l'azione di un agente estesiogeno, sia per suggestione, od anche coll'attirare fortemente l'attenzione dell'ammalato su di una data regione del suo lato anestetico, lo si obbliga a percepire coscientemente le impressioni tattili od altre impressioni che riceva, l'anestesia in quel punto scompare. Ora questo individuo emianestetico, essendo incapace di percepire ad un tempo e con chiara coscienza le sensazioni provenienti da ambidue i lati del corpo, si capisce come la regione simmetrica al punto in cui la sensibilità è così momentaneamente ricomparsa diventi a sua volta insensibile, in certo modo per compenso.

Questa ingegnosa teoria che fa dell'anestesia degli isterici un disturbo di origine psichica, un'alterazione della percezione personale delle sensazioni, rischiara incontestabilmente molti punti rimasti fin qui oscuri nella storia naturale di questo sintoma. Ma non crediamo che basti a spiegare tutte le particolarità che possono presentare queste anestesie, e forse non sia applicabile a tutte le forme di anestesia isterica. È difficile infatti il capire, con questa teoria, come mai gli ammalati possano abituarsi a trascurare prima e poi a perdere delle sensazioni che taluni di essi non ebbero mai occasione di provare (sensibilità elettrica); così pure si stenta a capire come e perchè le sensazioni trascurate, poi non percepite, provengano precisamente dai territorii sensibili, talora così stranamente limitati, ai quali si localizzano le loro anestesie; non si capisce come mai un'isterica possa arrivare alla cattiva abitudine psichica di trascurare le sensazioni olfattive della sua narice

(1) P. Janet, Une altération de la faculté de localiser les sensations; *Soc. de Psychol. physiol.*, marzo 1890.

sinistra o le sensazioni tattili della metà destra della sua faringe o della sua vagina.

Se l'anestesia è soltanto la conseguenza di un'alterazione, di *un indebolimento* di quella funzione elevata della corteccia cerebrale che è la sintesi delle sensazioni nuove coll'idea della personalità, è evidente che non si può accusare un emisfero cerebrale piuttosto che l'altro, od una piuttosto che un'altra regione della corteccia. Ma allora, per qual motivo le ammalate cessano di esercitare la loro percezione personale soltanto ed esattamente sulle sensazioni che provengono dalla metà sinistra del corpo (emianestesia) o da un segmento di arto o da varii territorii o isole disseminate senza nessun ordine apparente?

Tutte queste localizzazioni dell'anestesia isterica, nell'ipotesi di cui ora trattiamo, rimangono incomprensibili o sono spiegate insufficientemente.

E siamo così condotti a domandarci se le ripartizioni topografiche delle anestesie isteriche non sono governate dall'inerzia funzionale dei centri anatomicamente e fisiologicamente differenziati (si confronti la teoria immaginata da Pitres nelle *Leçons sur l'Hystérie et l'Hypnotisme*), oppure se, invece di essere delle specie di distrazioni, molte anestesie isteriche non siano, come certe paralisi o contratture, l'effetto di un'*idea fissa* subcosciente, che comprenderebbe *la rappresentazione mentale* e delle regioni anestetiche e delle sensazioni non percepite. Insomma il problema dell' anestesia isterica non è completamente risolto da nessuna delle interpretazioni che furono proposte, ma la dottrina sostenuta da P. Janet è indubbiamente quella che ne spiega il maggior numero dei caratteri.

B. *Iperestesie.* — Molte isteriche sono soggette a crisi di dolori cefalici, che occupano tutto o parte del cranio o della faccia e compaiono specialmente verso sera, in seguito a contrarietà o senza causa apparente. Questi dolori, di solito profondi e violentissimi, terebranti o lancinanti, sono spesso accompagnati da sensazioni di battito nelle tempia e negli occhi, ricompaiono ad intervalli di varia durata, e sono, come certe nevralgie addominali, periovariche, che frequentemente compaiono nelle isteriche, all'epoca dei menstrui, dolori veri, *reali.* Lo stesso non accade per le iperestesie dolorose, le iperestesie-stimmate, che ora prenderemo in esame. Queste sono dolori falsi, dolori, per così dire, di natura psichica. Dipendono quasi sempre da un'*idea fissa*, che si è impadronita della mente dell'individuo con un processo mentale completamente simile a quello che presiede allo sviluppo delle contratture e di molti altri *fenomeni* dell'isterismo, che descriveremo nel capitolo successivo.

Superficiali o profonde, queste iperestesie di rado sono generalizzate a tutta l'estensione del tegumento cutaneo. È pure raro, che occupino tutta una metà del corpo (emi-iperestesia). Per solito sono localizzate ad un arto, a un segmento di arto, ad un'articolazione, a *zone* più o meno limitate, a *punti* situati sia sulla sommità del capo (chiodo isterico), sia intorno alle mammelle oppure lungo la spina dorsale, ai fianchi, all'epigastrio. Qualche volta sembra che occupino il parenchima di una ghiandola (mammella, testicolo) e più spesso una od ambedue le ovaie (*ovaralgia*). Al pari delle anestesie, presentano caratteri distintivi, che permettono di differenziarle dalla iperestesia da causa organica, e che nello stesso tempo indicano la loro vera natura.

Si possono momentaneamente fare scomparire coi processi più diversi di suggestione (suggestione verbale, calamite, passi magnetici, ecc.). In certi

casi, distraendo accortamente l'attenzione dell'ammalato, possiamo assicurarci che la regione dove il più leggiero contatto provocava un momento prima, sotto l'attenzione e la vista dell'individuo, le più vive reazioni dolorose, è in realtà poco sensibile, talvolta meno sensibile della regione simmetrica del lato sano (anestesia dolorosa). Siano poi transitorie o persistenti, la maggior parte di queste zone iperestetiche presentano sempre ad un osservatore attento qualche particolarità strana, paradossale e quindi rivelatrice. Un isterico della Salpêtrière, avendo ricevuto un urto violento all'addome, conservò per più mesi un'iperestesia della parete addominale. Egli portava continuamente sul ventre un'enorme imbottitura di ovatta, destinata a preservarlo da ogni contatto; camminava tutto incurvato e con infinite precauzioni per non recare scosse alla regione dolente, e, quando vedeva una mano dirigersi contro il suo ventre, era preso da una angoscia estrema, gettava delle grida e spesso cadeva in un accesso convulsivo.

Se, in seguito a qualche discorso preparatorio e suggestivo, si collocava una falsa calamita sulla sponda del suo letto, in corrispondenza dell'addome, si poteva, dopo alcuni minuti, palpare la regione del ventre senza provocare nessun dolore. È evidente che le iperestesie di questo genere sono il prodotto di un'idea fissa, di un'associazione di immagini. Appena l'ammalato sa, per mezzo della vista o del tatto, che sta per essere toccata o che è stata toccata la pelle della regione ammalata, egli prova non un vero dolore, ma una emozione, un terrore, proporzionale al suo dolore immaginario, e manifesta la sua angoscia con grida, movimenti di difesa, ecc.; si agita, la sua respirazione si fa ansante, e se l'angoscia è troppo intensa o se questa pseudo-iperestesia è il reliquato di un traumatismo o di un accidente terrifico, si riproducono nella mente immagini o ricordi penosi riferentisi a quell'accidente ed ha luogo l'accesso. La zona iperestetica si dice allora *spasmogena* od *isterogena*.

Queste zone semplicemente iperestetiche, oppure spasmogene, hanno qualche volta origine sia da uno *shock* accidentale, sia da un dolore reale esistito momentaneamente nel luogo dove risiedono. Ma bene spesso, bisogna riconoscerlo, sono le indagini del medico, le pressioni violente da lui esercitate sulle varie regioni (addome, mammelle, ecc.), le domande troppo esplicite che egli fa insistentemente all'ammalato sulle sensazioni che prova quando si comprime in un luogo e nell'altro, quelle che fanno sorgere nella sua mente l'idea di dolore e poi lo stato emozionale prodromico dell'accesso. E poichè l'abitudine rinforza il falso dolore, ed inoltre l'emozione e le sensazioni dell'aura si riproducono ogni volta che si esercita una pressione in quel dato luogo, la zona dolorosa od isterogena si trova ben presto costituita. L'ovaralgia, che è così frequente, sembra che sia molto spesso, se non sempre, il risultato di un processo di questo genere.

C. *Parestesie. — Disestesie.* — Si possono osservare negli isterici altri pervertimenti della sensibilità generale. — Certi ammalati accusano al contatto di un corpo freddo una sensazione di calore o viceversa. Alcuni ammalati, ma il fatto è raro, si lamentano di formicolii, di sensazioni strane difficili a definire, con sede negli arti anestetici.

Alfalgesia. — Questa varietà di parestesia venne descritta da Pitres. Essa è caratterizzata dalla produzione di una sensazione dolorosa intensa in seguito alla semplice applicazione sulla pelle di talune sostanze (oro, ottone, ecc.), che, allo stato normale, non provocano se non una comune sensazione di contatto. È quasi certo che nella genesi di questo strano disturbo grande influenza devesi alla suggestione.

II. **Stimmate di natura motoria.** — Si possono osservare negli isterici che non presentano nè paralisi, nè contratture, ed in cui la deambulazione, come i varii movimenti degli arti superiori non sembrano punto modificati, certi disturbi della motilità che, per appalesarsi, vogliono essere ricercati con cura. Tali disturbi interessano soltanto i movimenti *volontarii.*

1° I movimenti volontarii sono *rallentati:* l'esecuzione di un movimento comandato, anche semplicissimo, è più lunga che allo stato normale. Il tempo di reazione (1) è talvolta grandemente prolungato, come dimostrarono Féré (2) e Binet (3) nelle loro esperienze. La durata di questo tempo di reazione è molto variabile, perchè è in istretto rapporto coll'attenzione dell'individuo e, siccome negli isterici l'attenzione, specialmente per quel che concerne il lato anestesico, è debole ed instabile, ne segue che il tempo di reazione presenta di solito un aumento proporzionale alla diminuzione della sensibilità generale. Finalmente, la curva di contrazione dei movimenti volontarii così ottenuti è lenta e graduale invece di essere brusca come dovrebbe; anche questo disturbo di movimento è un fenomeno d'ordine psicologico, dipendente soltanto dalla debolezza della percezione personale e dell'attenzione, poichè, agendo su arti ipoestetici od anche anestetici, si possono provocare con un'eccitazione tattile dei movimenti automatici subcoscienti e quindi non avvertiti dall'individuo; si ottengono allora tempi di reazione di durata normale od anche inferiore alla norma (4).

2° I movimenti volontarii sono indecisi e mal diretti. L'incoordinazione è pronunciata specialmente negli arti affetti da anestesia muscolare profonda. In questi casi, se si invita l'ammalato, dopo avergli fatto volgere il capo o chiudere gli occhi, a toccarsi un orecchio, si vede che lancia a caso il braccio in aria, porta la sua mano al collo od alla spalla. Quest'atassia degli isterici, come la chiamava Duchenne, è la conseguenza dell'anestesia del senso muscolare; infatti, se, nell'esperienza precedente, si arresta il braccio dell'isterico nel momento in cui cerca di portare la mano verso l'orecchio, dopo uno sforzo esso resta immobile, credendo di aver eseguito il movimento. Qui dunque la volontà, la rappresentazione mentale del movimento, la sua immagine cinestetica, sono conservate; è abolita soltanto la sensazione muscolare " di ritorno ,, quella che ci illumina sui nostri movimenti e sulle resistenze che incontriamo.

Conseguenza diretta dell'anestesia muscolare, questa incoordinazione non esiste che nell'atto personale e cosciente. Al pari dell'anestesia muscolare, non si manifesta, come abbiamo già visto, che nella percezione personale e cessa quando l'individuo agisce automaticamente od obbedisce incoscientemente ad una suggestione; in questi casi egli porta senza esitare la mano all'orecchio indicato.

3° Molti isterici sono incapaci di eseguire degli atti complessi, di compiere simultaneamente dei movimenti diversi. Janet, Binet, A. Pick, di Praga, studiarono parecchie varietà di questo fenomeno, che è conseguenza della riduzione di numero delle immagini cinestetiche o di altre immagini

(1) Si chiama così l'intervallo fra il momento in cui un'eccitazione tattile si produce e il momento in cui, essendo quest'eccitazione percepita, l'individuo eseguisce in prova un movimento convenuto. Quest'esperienza, come è naturale, non si può eseguire che sopra superficie sensibili o incompletamente anestesiche.

(2) Féré, Les mouvements volontaires chez les hystériques: *Revue philosoph.*, 1889.

(3) Binet, Mouvements volontaires chez les hystériques: *Revue philosoph.*, 1889.

(4) Onanoff, *Archives neurol.*, 1890.

che gli individui possono riunire simultaneamente in una stessa percezione personale.

4º *Amiostenia.* — I movimenti involontarii sono anche *indeboliti.* — L'amiostenia non si manifesta con nessun disturbo funzionale apparente. Per riconoscerla basta talora invitare l'ammalato a stringere una delle mani dell'osservatore con una delle sue alternativamente. Un metodo più preciso è quello del dinamometro: applicando il dinamometro alla misura dello stato delle forze negli isterici, si trova che v'ha quasi sempre tra la forza di pressione delle due mani una differenza qualche volta considerevole. Questa diminuzione della contrazione volontaria può interessare l'una o l'altra mano, ma di solito è più accentuata dal lato anestetico. Questa regola però non ha nulla di assoluto, e l'amiostenia può esistere senza diminuzione della sensibilità od anche con un certo grado di iperestesia.

Sia poi generalizzata o prenda la forma emiplegica o monoplegica, questa debolezza muscolare si modifica sotto varie influenze e specialmente sotto le influenze morali; aumenta se si diminuisce l'attenzione degli individui facendo in modo che non guardino la mano che stringe; scompare, invece, se si eccita vivamente l'attenzione con tutti i mezzi, mostrando loro il movimento e invitandoli imperativamente a eseguirlo con energia. Al pari degli altri sintomi permanenti che abbiamo esaminato, l'amiostenia, anche se molto pronunciata, si manifesta soltanto quando si sottomette l'isterico all'esperienza, quando lo si invita a stringere uno stromento in modo *volontario* e *personale;* ma nel compimento degli atti automatici, quest'astenia muscolare non esiste; l'individuo può portare degli oggetti, sollevare dei pesi senza nessun disturbo e spiegare in questi atti della vita comune un'energia muscolare talvolta considerevole. Quest'amiostenia è adunque in rapporto con la debolezza dell'azione volontaria, è la conseguenza di quella stimmate mentale di cui indicheremo più avanti i caratteri e che si chiama col nome di abulia. Insomma i varii disturbi di movimento che abbiamo passato or ora in rassegna si possono considerare come fenomeni morali: l'imprecisione e l'atassia dei movimenti dipendono in parte dall'anestesia, ma tutti gli altri sono manifestazioni esterne del disturbo della volontà e dell'attenzione coscienti.

5º Finalmente, negli arti colpiti, si può osservare un'anestesia tattile e muscolare completa, un'alterazione di movimento specialissima ed assai complessa, che Pierre Janet propose di chiamare col nome di *sindrome di Lasègue*, perchè fu infatti Lasègue il primo che ne diede una descrizione attenta e precisa. Questa sindrome consiste essenzialmente nei fenomeni che seguono:

a) L'ammalato non può eseguire nessun movimento coll'arto anestetico senza l'aiuto della vista;

b) In certi casi il movimento cominciato coll'aiuto della vista può essere continuato senza tale aiuto;

c) Perchè il movimento possa compiersi, una rappresentazione mentale visiva od anche una sensazione tattile possono sostituire la sensazione visiva, purchè indichino all'individuo la posizione del suo arto all'inizio del movimento.

In altri termini, se con uno schermo si impedisce all'individuo la vista del suo braccio anestetico, questo cade tosto floscio, inerte e non eseguisce più nessuno dei movimenti che si ordinano all'ammalato. Così pure, se l'individuo è anestetico da ambo i lati e se, dopo averlo collocato in piedi, lo si invita a chiudere gli occhi, egli vacilla e si abbassa o cade bruscamente a terra. Si può con Janet interpretare questo fenomeno dicendo che, in questi casi,

l'anestesia tattile e muscolare è aggravata da un'amnesia delle immagini cinestetiche riferentisi all'arto insensibile; l'individuo non sa evocare, nella sua coscienza personale, la rappresentazione mentale del movimento che gli si domanda, ma, per una vera vicarietà psicologica, le immagini visive gli servono di punto di ritrovo per evocare le immagini cinestetiche, ed il movimento esterno, che non è se non una manifestazione di tali immagini, ritorna possibile appena l'individuo guarda il suo braccio anestetico. Basta del resto suggerirgli un'allucinazione visiva, per esempio quella del suo braccio sinistro che si solleva, perchè l'ammalato dica di vederlo sollevarsi e nello stesso tempo il braccio si sollevi realmente. Così la rappresentazione visiva del movimento viene a provocare o supplire la rappresentazione cinestetica del movimento indebolito o scomparso.

Pitres ha fatto negli individui di questa categoria un'osservazione molto interessante: l'ammalato può continuare ad occhi chiusi il movimento cominciato ad occhi aperti, ma se lascia ricadere il suo braccio, non può ricominciare un altro movimento se non riaprendo nuovamente gli occhi a guardare l'arto anestetico; questa particolarità non è costante, ma però dimostra che l'immagine visiva del principio del movimento, quella della posizione del braccio al momento di cominciare il movimento, è qui la più importante; così basta, in questo caso, come fecero Lasègue e Pitres, collocare la mano anestetica su di una parte del corpo rimasta sensibile, perchè il soggetto possa muoverla senza vederla; la sensazione iniziale che gli permette di rappresentarsi il movimento e di eseguirlo gli è allora fornita dal senso del tatto. L'alterazione di movimento ora analizzata non sembra punto che disturbi l'individuo, il quale, nella vita abituale, quando agisce in modo automatico, non pensando al suo braccio anestetico, eseguisce tutti i movimenti senza esser costretto ad esercitare sul braccio anestetico una continua sorveglianza colla vista.

d) Catalessi parziale. — Ma si può constatare anche sperimentalmente la conservazione dei movimenti negli arti anestetici e non invigilati dalla vista, come quella che appare nel modo più decisivo nel fenomeno che Lasègue descrisse sotto il nome di *catalessi parziale.* Un braccio, per esempio, si comporta come se appartenesse ad una persona in catalessi; basta dargli una posizione qualsiasi all'insaputa dell'ammalato, perchè resti immobile in quella posizione; il braccio non lascia spontaneamente l'atteggiamento che gli venne dato e lo conserva quasi indefinitamente; l'individuo non prova nessuna fatica, nessuna sensazione sgradevole, muove a sua voglia gli altri arti, quando gli si parla del suo arto catalettico senza permettergli di guardarlo; egli ignora assolutamente dove sia il suo braccio, lo ha dimenticato, crede che giaccia in un'attitudine naturale; ma se gli si permette di gettare gli occhi sul braccio catalettico, questo ricade immediatamente. Finalmente se si imprime un movimento al braccio invece di abbandonarlo semplicemente in aria, accade qualche volta che continui questo movimento colla regolarità di un pendolo; se si pone una matita nella mano anestetica, le dita si piegano incoscientemente e si mettono da sè, all'insaputa dell'individuo, nell'atteggiamento di scrivere. È questa la forma tipica del fenomeno; esso trova la sua spiegazione in questa legge apparentemente paradossale, ma che sembra doversi definitivamente ammettere, che vi sono cioè nella mente di questi ammalati dei fenomeni psicologici semplici o complessi e logicamente coordinati, che essi tuttavia ignorano e che pel loro " io " sono come se appartenessero ad altre persone. Questi fenomeni subcoscienti, che hanno permesso agli psicologi di spiegare

i caratteri contraddittorii dell'isterismo, e, come or ora vedremo, dell'amnesia, si manifestano adunque qui con movimenti esterni; essi dimostrano ancora una volta di più la permanenza nella mente di tutte le sensazioni e di tutte le immagini sotto la forma di fenomeni isolati e subcoscienti.

[Si può anche, in certi casi, influire sul processo di ideazione del paziente, modificarlo, semplicemente coll'eccitare, a mezzo della compressione o della corrente elettrica, certi muscoli che dieno alla fisionomia un dato atteggiamento di preghiera, di riso, di pianto, ecc.; possiamo allora convincerci che non solo la fisionomia, ma anche i pensieri dell'ammalato si cambiano, e si adattano all'atteggiamento provocato artificialmente (V. Silva, loc. cit.) (S.)].

6º *Diatesi di contrattura.* — Sotto il nome di diatesi di contrattura il professor Charcot descrisse nel 1878, negli isterici, uno stato speciale e permanente del sistema muscolare caratterizzato essenzialmente dal fatto che la più leggiera eccitazione di un muscolo o di un gruppo di muscoli ne determina la contrattura. Questo stato particolare del sistema neuro-muscolare non si manifesta ordinariamente con nessun segno obbiettivo; l'individuo che ne è affetto conserva la libertà dei movimenti e le contratture non compaiono se non sono provocate accidentalmente da un urto fortuito o intenzionalmente dal medico stesso, per mezzo di speciali manovre. Questa stimmate isterica non è senza analogia con lo stato di opportunità di contrattura che Brissaud descrisse in certi emiplegici di origine organica sotto il nome di contrattura latente. La diatesi di contrattura isterica è spesso associata alla amiostenia come pure all'anestesia, e non è raro di riscontrarla in arti considerevolmente indeboliti, il cui indebolimento confina colla paralisi; essa è generale o parziale e si estende a tutta una metà del corpo oppure soltanto ai muscoli di un arto. Qualche volta, ma non sempre, è accompagnata da un certo grado di esagerazione dei riflessi tendinei e affatto eccezionalmente da trepidazioni epilettoidi (fenomeno del piede); infine, i muscoli hanno conservato la loro eccitabilità elettrica, ma si osserverebbero talvolta certe modificazioni della curva di contrazione, che vennero studiate da Paul Richer (1).

Negli ammalati che presentano questa stimmate, si può provocare la contrattura coi mezzi più svariati: costrizione dell'arto con un legaccio elastico, massaggio muscolare profondo, stiracchiamento o flessione brusca degli arti, faradizzazione dei muscoli o dei nervi, magnetizzazione (applicazione di calamite), eccitazione superficiale della pelle col semplice sfregamento o con un leggiero soffio, suggestione allo stato di veglia [applicazione della benda elastica di Esmarch], ecc. Questi varii processi agiscono per solito escludendosi a vicenda. Sia poi leggiera od intensa, la contrattura così provocata interessa contemporaneamente i flessori e gli estensori; può anche avvenire che prevalga sul gruppo muscolare antagonista di quello sul quale si esercitò l'eccitamento. La contrattura, una volta provocata, riveste tutti i caratteri della contrattura spontanea; ma, in generale, è facile farla cessare con uno dei procedimenti usati per provocarla come frizioni, suggestioni verbali, massaggio, ecc. Quale è la natura intima della diatesi di contrattura o piuttosto delle contratture stesse che la caratterizzano? Si dovranno forse riferire in certi casi ad un particolare eretismo delle cellule delle corna anteriori? O si tratterà forse di una specie di stricnismo spontaneo dovuto a modificazioni dinamiche dei centri riflessi? Questa opinione, tuttora sostenuta da valenti

(1) J. Richer, Paralysies et contractures hystériques, 1892.

osservatori, sarà forse un giorno definitivamente confermata, ma quello ch'è certo e che si può fin d'ora affermare, si è che la maggior parte delle contratture sono, come le varie stimmate già descritte, di origine psichica. Pierre Janet ha fatto notare che le condizioni nelle quali queste contratture si sviluppano, la loro comparsa sotto l'influenza di un'eccitazione cutanea leggiera portata su di un arto colpito da anestesia tattile e muscolare completa, la stessa associazione della diatesi di contrattura coll'anestesia, la loro spontanea scomparsa negli stati di sonnambolismo accompagnati da ritorno della sensibilità negli arti anestetici, permettono di avvicinarle ai fenomeni di catalessi parziale. Sono anch'esse dovute a fenomeni subcoscienti che si debbono attribuire a sensazioni ed immagini cinestetiche che sussistono isolatamente all'infuori della coscienza personale dell'individuo. " In ambo i casi, egli dice, sono delle eccitazioni esterne che provocano tali sensazioni; queste, indipendentemente dal restringimento della coscienza, dalla distrazione e dall'anestesia, non sono nè controllate, nè arrestate dagli altri fenomeni psicologici e tendono a persistere indefinitamente manifestandosi come sempre con movimenti esterni ". La catalessi parziale dipende da una specie di aggruppamento intelligente delle immagini subcoscienti, da un rudimento di seconda personalità; nella contrattura questo aggruppamento esiste molto meno od anche non esiste affatto, è una forma più avanzata della disaggregazione mentale. Conviene riconoscere che queste ultime considerazioni sono molto ipotetiche e che la diatesi di contrattura, la quale si estende talora al lato sensibile e si presenta spesso in individui abituati alla contrattura, sia per accidenti precessi, sia per reiterate esperienze, dipende piuttosto, in molti casi, da un'idea, da una suggestione consecutiva all'educazione.

III. **Stimmate puramente psichiche.** — A. *Amnesia.* — I disturbi della memoria sono frequenti negli isterici; è questo un fatto sul quale insistettero Briquet, Charcot e molti altri autori. È appunto perchè la memoria di questi ammalati è indebolita che le loro narrazioni sono sempre incomplete e contraddittorie e che essi raccontano in modo affatto diverso all'indomani l'osservazione scritta il giorno prima sotto la loro dettatura. Queste dimenticanze, queste contraddizioni dànno spesso luogo ad errori d'interpretazione, che Charcot ebbe a constatare parecchie volte, specialmente negli isterici rimasti vittime di *shock* traumatici. Tali individui sono spesso accusati di simulazione, perchè nei loro racconti si contraddicono, e fors'anco qualche volta mentono, ma in realtà le loro menzogne come le variazioni delle loro risposte sono conseguenza dell'amnesia temporanea da cui sono affetti; analogamente si spiegano i capricci e le inconseguenze del loro modo di vivere e di comportarsi. In via generale, le amnesie isteriche si possono dividere in tre classi, secondochè sono *sistematizzate, localizzate* o *generali.*

L'amnesia sistematizzata riguarda non l'insieme dei ricordi acquisiti durante un certo periodo, ma un gruppo di ricordi riferentisi ad una certa persona, ad un avvenimento determinato, alle parole di una lingua straniera, che l'ammalato sapeva parlare e che ha totalmente dimenticato. L'amnesia può interessare anche una data categoria di immagini di movimenti, per esempio i movimenti della deambulazione; certe forme di abasia e altre paralisi motorie non hanno substrato psichico diverso.

L'amnesia è *localizzata* quando interessa l'insieme dei ricordi riferentisi ad un certo periodo della vita dell'ammalato. Questa varietà di amnesia compare spesso in seguito ad un'emozione violenta o ad un accesso. — In questi casi

l'amnesia può estendersi agli avvenimenti di un periodo antecedente all'incidente che la provocò (amnesia retrograda), può estendersi all'accidente stesso od anche al periodo consecutivo. Sotto una forma passeggiera ed attenuata queste amnesie localizzate sono frequentissime negli isterici. Molti di questi ammalati che sembrano immersi in una lettura, attenti ad un lavoro, ad un racconto, interrogati qualche ora dopo, non sanno dire quello che hanno fatto od udito.

L'amnesia *generale* è affatto eccezionale. In seguito ad una serie di crisi, allo svegliarsi da un lungo sonno, l'isterico ha perduto, almeno in apparenza, tutti i ricordi della vita passata. Certi individui dovettero imparare di nuovo a leggere, a scrivere ed a pronunciare le parole più comuni; però, ripetiamo, questa strana forma di amnesia è un accidente estremamente raro. Mortimer-Granville, Sharpey, Macnish, Weir Mitchell ne riferirono esempî curiosi (1).

Finalmente, in certi casi i ricordi possono essere alterati nella loro stessa formazione; l'individuo è incapace di acquistare nuovi ricordi, dimentica gli avvenimenti appena si sono prodotti; l'amnesia si estende, per così dire, in avanti, è anterograda (Charcot) (2). — Questa varietà di amnesia, se completa ed assoluta, è estremamente rara, ma se in grado limitato è comune negli isterici; in realtà è una specie di distrazione continua che fa loro dimenticare ad ogni momento ciò che hanno fatto appena un momento prima.

I caratteri psicologici dell'amnesia degli isterici sono molto analoghi a quelli della loro anestesia; invero gli ammalati sono affatto *indifferenti* tanto all'amnesia quanto all'anestesia. L'amnesia, anche quando è *grave* e *generale*, non disturba punto la funzione intellettuale. Malgrado la perdita completa della memoria, l'intelligenza rimane intatta e si possono riscontrare nell'amnesia isterica i caratteri primordiali dell'anestesia isterica: mobilità e contraddizione. In seguito agli accessi, nei sogni parlati del sonno naturale, nello stato di sonnambulismo provocato, i ricordi apparentemente perduti momentaneamente ricompaiono; quindi in realtà esistono. Del resto P. Janet ha dimostrato che, malgrado l'apparente amnesia, i ricordi possono riprodursi benissimo, anche durante la veglia. Se si interrogano gli ammalati in modo esplicito, se si invitano a pronunciare od anche a scrivere un nome dimenticato, per quanti sforzi facciano, non lo trovano. Ma se si distraggono, se per esempio, si occupa la loro mente in un'operazione d'aritmetica, diranno a bassa voce oppure scriveranno senza accorgersi (scrittura automatica) il nome richiesto. In altre parole, il ricordo non si manifesta che all'insaputa della persona, allo stato subcosciente; non compare invece quando la persona cerca di parlare o di scrivere di sua volontà. Come l'anestesia isterica è la conseguenza di un difetto di sintesi o di assimilazione delle sensazioni alla personalità cosciente; così l'amnesia si può considerare come un disturbo della percezione personale delle immagini evocate o dei ricordi. Questo tentativo di interpretazione dell'amnesia isterica in generale è ben lontano dal risolvere tutto il problema. Esso non ispiega perchè l'amnesia ora sia localizzata a un dato periodo, ora sia sistematizzata ad un certo gruppo di ricordi.

B. *Abulia.* — L'indebolimento della volontà è pure un carattere impor-

---

(1) V. su questo argomento: Sollier, Amnésies, 205. — P. Janet, Op. citata. — Ribot, Les maladies de la mémoire. — Weir Mitchell, Mary Reynolds, a case of double consciousness, Filadelfia 1889.

(2) Charcot, Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde; *Revue de Méd.*, 1892. — V. Souques, Essai sur l'amnésie rétro-antérograde; *Revue de Méd.*, 1892.

tante dello stato mentale isterico. Si manifesta nell'esecuzione dei movimenti e degli atti volontarii, e specialmente degli atti nuovi, mentre gli atti vecchi ed i movimenti automatici continuano ad essere compiuti senza difficoltà. Di rado l'abulia motoria si sistematizza ad un gruppo speciale di movimenti o di atti (atti professionali, deambulazione, ecc.). Più spesso è diffusa ed incompleta. Gli ammalati impiegano un tempo lunghissimo a risolversi, a intraprendere un nuovo lavoro, e si scoraggiano al minimo ostacolo. Un'occupazione un po' prolungata li stanca. L'abulia intellettuale, cioè l'incapacità di fissare l'attenzione e di mantenerla applicata ad un oggetto determinato, è comune in questi ammalati; ad ogni momento capita loro di ascoltare una conversazione senza intenderla o di leggere una pagina senza comprenderla. Gli sforzi d'attenzione sono penosi e perfino dolorosi per quelli che sono ancora capaci di applicare volontariamente la loro mente ad un soggetto di studio.

La debolezza della volontà si manifesta negli isterici anche coll'impossibilità in cui si trovano di opporsi a un impulso, di arrestare un atto incominciato, di cacciare un'ossessione, di liberarsi da un tic. Per modo che ricorrono continuamente all'aiuto altrui, al loro medico, che perseguitano e tribolano, domandandogli ora un consiglio, ora un intervento terapeutico.

Come ha proposto Pierre Janet, si può connettere questo fenomeno dell'abulia colla spiegazione generale delle altre stimmate dell'isterismo, dicendo che vi è un restringimento della mente per gli atti volontari come per le sensazioni e per le immagini. " Gli atti nuovi, corrispondenti a circostanze variabili e complesse richiedono una sintesi più delicata e più attuale; sono quindi i primi colpiti. Gli atti vecchi, dovuti a sintesi antiche e che si ripetono quasi senza nessuna modificazione, non sono quasi alterati. Ma, si tratti poi di atti nuovi o di atti vecchi, l'alterazione interessa specialmente un fenomeno che è sempre necessariamente una sintesi attuale, la percezione personale degli atti, l'assimilazione delle azioni nuove alla grande nozione della personalità antica „.

Tali sono le stimmate, cioè i sintomi permanenti e fondamentali dell'isterismo. Se accettiamo la dottrina psicologica più sopra riassunta, è chiaro che lo stato mentale caratteristico della malattia si riassume essenzialmente in un'alterazione per debolezza della personalità, in un difetto della *sintesi personale* delle sensazioni, dei ricordi e degli atti; ed è in grazia di questo stato psichico che si sviluppano essenzialmente la maggior parte degli *accidenti* che ora descriveremo.

Accidenti isterici.

A. **Accessi.** — Gli accessi sono tra i fenomeni più noti, come pure più frequenti dell'isterismo; tuttavia possono anche mancare completamente. Briquet aveva notato che la metà dei suoi ammalati erano senza accessi; è certo però ch'egli trascurava talune forme allora ignote, ma oggidì bene studiate, di crisi isterica. La proporzione indicata da Pitres, di 63 per 100 di isterici aventi degli accessi, è indubbiamente più esatta.

a) **Grande accesso** (*hysteria major*). — Il grande accesso isterico, quale venne descritto e disegnato da Charcot e P. Richer, fu oggetto di molte controversie. Si disse che era una forma artificiale prodotta dall'educazione o dall'imitazione. Ora che in certi casi gli accessi abbiano potuto essere artificialmente

modellati su questo tipo, è incontestabile; ma non è men certo che si possono osservare degli accessi venuti in scena spontaneamente e rispondenti in modo esatto alla descrizione dei citati autori. Pierre Janet ne riferì due esempi; noi ne osservammo recentemente un caso tipico: due medici dell'esercito tedesco pubblicarono or non è molto un'osservazione molto completa (1). Sebbene il grande accesso sia relativamente raro, non è per questo meno interessante dal punto di vista nosografico, poichè riassume, associandole, le principali varietà dell'accesso isterico.

Prodromi. — In generale il grande accesso è preceduto da prodromi remoti o prossimi. Certi ammalati diventano tristi, sgarbati, e cercano la solitudine; altri diventano eccitabili, litigiosi e sono presi da un bisogno irresistibile di camminare, gesticolare, parlare. Hanno talvolta delle allucinazioni visive (visioni di animali, di fantasmi, ecc.) o uditive, che si manifestano quasi sempre dal lato emianestetico. Accanto a questi fenomeni di natura psichica, presentano di solito dei disturbi somatici nei diversi apparecchi: palpitazioni, rossore o pallore delle estremità, singhiozzo, oppressione, nausee, poliuria, tremori, scosse, spasmi muscolari. Poi compare l'*aura* che serve di preludio immediato all'accesso. Essa comincia per lo più con un dolore sordo o lancinante che occupa l'una o l'altra delle regioni ovariche od uno dei fianchi (più spesso il sinistro); ben tosto l'individuo accusa nell'addome la sensazione di un corpo rotondo che si sposta e rimonta verso l'epigastrio; allora è preso da palpitazione, da oppressione o da conati di vomito; poi il " bolo isterico " giunge fino alla regione anteriore del collo, e mentre lo strangolamento, il senso di soffocazione si accentuano e la faccia si congestiona, l'ammalato percepisce dei fischi agli orecchi, dei battiti concitati alle tempia; la sua vista si oscura, l'assalgono le vertigini, cade senza conoscenza e l'accesso incomincia. Tuttavia la crisi convulsiva non succede necessariamente ai fenomeni dell'aura: questi possono momentaneamente scomparire e poi ricomparire prima di finire nell'accesso confermato. L'aura parte qualche volta da una zona dolorosa diversa dalla zona ovarica.

1° *Periodo epilettoide.* — Questo periodo presenta pressochè tutti i caratteri dell'accesso epilettico. Al pari di questo, si suddivide in tre fasi, dette tonica, clonica e di risoluzione, ed è pure accompagnato qualche volta da minzione involontaria o da morsicatura della lingua.

La fase di risoluzione è spesso occupata da spasmi, da contratture passaggiere, da scosse generalizzate, che sollevano l'ammalato e lo fanno raggomitolare (a palla). Le palpebre sono sovente animate da vibrazioni rapide.

2° Il secondo periodo è quello delle *contorsioni* e dei *grandi movimenti.* — Lo si chiama anche periodo del *clownismo.* Durante la fase delle contorsioni, l'individuo fa smorfie e prende gli atteggiamenti più inverosimili, più imprevisti. Uno però è specialmente frequente e caratteristico ed è l'atteggiamento detto *ad arco di cerchio.* A questa fase succede quella dei *grandi movimenti;* sono movimenti alternativi di flessione ed estensione del tronco (inchini o saluti) o degli arti, movimenti di rotazione della testa, ecc.

Durante il secondo periodo, gli ammalati mandano di solito grida acute e ripetute e si stracciano le vesti; prendono qualche volta degli atteggiamenti di terrore o di collera e, perseguitati evidentemente da allucinazioni terrifiche, fanno smorfie orribili e sviluppano nelle loro agitazioni, nella loro difesa o

(1) Andrée e Knoblauch, *Berl. klin. Woch.*, n. 10, 11 marzo 1889.

nella loro collera un'energia sorprendente. Poi, insensibilmente, l'ammalato passa al terzo periodo.

3° Periodo degli *atteggiamenti passionali.* — A questo punto l'individuo, tutto immerso nella sua visione, sogna riferendosi il più spesso a scene od avvenimenti reali, vissuti, e manifesta collo sguardo, colla fisionomia, coi gesti, colle pose più espressive ed anche con parole i sentimenti che suscitano in lui i quadri delle allucinazioni, che si svolgono automaticamente sotto i suoi occhi; si comporta insomma come se il suo sogno fosse realtà. Le visioni sono alternativamente oppure esclusivamente tristi o gaie. Egli esprime volta a volta la gioia o la collera, il terrore o l'estasi. In generale per ogni ammalato è sempre la stessa serie che si svolge, ad ogni accesso, e sempre nel medesimo ordine.

4° Il quarto periodo o *periodo di delirio* non è sempre ben distinto dal precedente, del quale non è, per così dire, che la continuazione. Il sogno continua, ed è specialmente parlato, ma il delirio di parole, a cui si assiste, è spesso interrotto da pose plastiche, da atteggiamenti passionali simili a quelli del penultimo stadio.

A poco a poco, od anche a un tratto, dopo qualche momento di silenzio e d'immobilità, l'ammalato si sveglia, un po' stanco ma in pieno sentore, avendo completamente ricuperato la coscienza. Talvolta la fine della crisi è segnata da qualche fenomeno critico: poliuria, pianti, risa, singhiozzi, e può lasciare come reliquati delle paralisi, o delle contratture parziali, ecc. La durata media del grande accesso d'istero-epilessia è di 15 a 30 minuti, ma il terzo e quarto periodo si prolungano qualche volta per ore od anche per giorni interi.

Di solito si può interrompere l'accesso, sia colla compressione delle zone isterogene, sia con una eccitazione qualsiasi un po' viva o con ripetute chiamate o con ammonizioni verbali, ecc.

Questi grandi parossismi sono di rado isolati. Al pari delle forme comuni dell'accesso isterico, si ripetono a intervalli più o meno lunghi, qualche volta regolari, qualche volta molto disuguali. Talora le crisi si succedono senza interruzione per una o più giornate di seguito (*stato di male*). In via generale, però tendono a regolarsi, a comparire a giorni ed ore fisse, più specialmente verso sera, a meno che non intervenga accidentalmente una contrarietà, un'emozione o qualche altro incidente capace di provocare l'accesso.

b) **Piccolo accesso isterico** (accesso volgare). — È la forma più comune dell'accesso isterico. Con Pitres, che ne diede una descrizione esattissima, possiamo dividere la sua evoluzione in tre periodi:

1° *Periodo preconvulsivo.* — Questo è caratterizzato dagli stessi disturbi prodromici che precedono i grandi accessi e che finiscono all'aura. Questa non differisce essenzialmente dall'aura del grande accesso, solo che parte quasi sempre dall'epigastrio; percorre più o meno rapidamente i suoi stadii e l'ammalato, privo di coscienza, entra in convulsioni. Nei casi leggeri, la perdita della coscienza non è completa.

2° Il *periodo convulsivo* si compone di due fasi: l'una tonica, l'altra clonica. Nella fase tonica, il respiro è interrotto, il collo si inturgidisce, la faccia si congestiona, l'ammalato soffoca. Bentosto incomincia la fase clonica. L'individuo emette delle grida, contrae violentemente gli arti con movimenti rapidi, larghi e disordinati, accenna all'arco di cerchio o ai saluti. Il respiro è rumoroso, le mascelle sono serrate, la bocca schiumosa; dopo una lieve pausa, durante la quale si sorprende talora un gesto espressivo o qualche

mutamento di fisonomia, che accennano ad atteggiamenti passionali, la crisi entra nel terzo stadio a meno che non avvenga una nuova ripresa di convulsioni.

3° *Periodo post-convulsivo.* — L'ammalata è in risoluzione: sogna e parla nel sogno, senza gesti, senza mimica, talvolta con intonazione ed inflessione di voce completamente consone alle scene che dipinge e alle idee che esprime, talvolta con voce bassa e monotona. Spesso questo delirio finale manca e la fine della crisi è segnata soltanto da pianti o da scoppii di risa. — Dopo di che la paziente si sveglia, si strofina le palpebre, getta uno sguardo attonito all'intorno e tutto è finito. Questo accesso volgare di isterismo dura all'incirca da dieci a trenta minuti. Si tratta evidentemente di una semplice attenuazione del grande accesso. Presenta quindi, al pari di questo, numerose varianti, caratterizzate sia dal predominio o dall'estensione di uno dei suoi periodi, sia dall'attenuazione o dalla scomparsa di qualcuno dei suoi elementi costitutivi.

Forme irregolari dell'accesso isterico. — Non possiamo indicare qui che le più importanti delle forme fruste di crisi isterica, quelle che nella pratica dànno luogo talvolta a serie difficoltà diagnostiche.

Vertigine isterica. — Questa modalità è poco nota; non è però del tutto rara. L'individuo prova ad un tratto un vago malessere e immediatamente la vista si oscura; sente un tintinnìo negli orecchi ed è preso da vertigine; tutto stordito, colla coscienza obnubilata, si abbandona o minaccia di cadere. — Ciò dura qualche secondo, poi, bruscamente, il disturbo scompare e l'ammalata riprende il pieno possesso di sè. Se questa vertigine si alterna con gli attacchi ben caratterizzati in un'isterica conclamata, se è preceduta dalle sensazioni subbiettive, che caratterizzano l'aura isterica, sarà facile diagnosticarla. Ma se si manifesta prima che la malattia sia ben confermata, se l'aura è tanto rapida o tanto poco distinta da passare inavvertita all'ammalata, si potrà confondere questa varietà della crisi isterica colla vertigine di Ménière, colla vertigine epilettica, ecc.

Attacchi epilettoidi. — Talvolta la crisi pare che sia rappresentata soltanto dal primo periodo o periodo epilettoide del grande accesso; dopo le manifestazioni dell'aura le convulsioni scoppiano generalizzate. Spesso anzi, durante la fase risolutiva, compare un nuovo accesso convulsivo, e gli accessi vanno così succedendosi in certi casi per ore, per giorni, in modo da simulare un vero stato di male epilettico.

L'accesso isterico, sia poi isolato od evolva in serie, puo quindi, sotto questa forma, essere confuso con l'accesso di epilessia vera, tanto più che il racconto della crisi fatto dagli ammalati o dalle persone che li circondano è spesso assai manchevole. L'aura isterica può essere così rapida o così attenuata da passare inavvertita all'ammalato; d'altra parte l'accesso epilettico è talora preceduto da una serie di sensazioni subbiettive, interamente simili a quelle che costituiscono l'aura isterica, per modo che questa non potrebbe essere considerata come un elemento di diagnosi differenziale assolutamente sicuro.

In via generale, gli accessi di epilessia hanno luogo piuttosto nella seconda metà della notte o al mattino; sono spesso accompagnati da incontinenza d'urina o da morsicatura della lingua, e seguìti da un lungo periodo di stertore. Questi caratteri non sono proprii dell'accesso istero-epilettoide, ma non vi sono in proposito regole assolute: la morsicatura della lingua e l'incontinenza d'urina si possono avere anche nella crisi isterica; è perciò che nei casi

difficili, quando si è in presenza di un ammalato che non ha avuto ancora che pochi accessi, la diagnosi non si potrebbe fondare sulla mancanza o sull'esistenza di questi caratteri. Inoltre la ricerca delle stimmate può essere negativa; le stimmate mancano spesso, almeno quelle di constatazione facile (anestesia, diminuzione del campo visivo), nei fanciulli e nell'adulto nei primi periodi della malattia. La prima crisi isterica è quasi sempre provocata da un'emozione, mentre di solito l'accesso di epilessia scoppia senza causa provocatrice apparente; ma non è impossibile, come abbiamo già visto, che l'accesso epilettico si sviluppi in seguito ad un'impressione di terrore, ad un movimento di collera, ecc. Tutto considerato, si può dare il caso nella pratica, che la natura degli accessi non si possa affermare se non dopo un periodo abbastanza lungo d'attesa e d'osservazione, durante il quale si farà la cura dei bromuri; questa è pressochè senza effetto sull'isterismo convulsivo, mentre invece corregge, modifica o sopprime quasi sempre gli accessi di epilessia. Si potrà anche ricorrere all'analisi chimica delle urine; [l'albumina, che si può dire costante dopo gli attacchi epilettici, manca invece di regola dopo gli attacchi isterici (S.)]. Vedremo, descrivendo i disturbi di nutrizione nell'isterismo, quali sono le indicazioni che questo esame può fornire.

Comunque sia, non devesi dimenticare che, se l'isterismo e l'epilessia possono rivestire aspetti clinici affatto simili, non è men certo che queste due nevrosi, sono, in fondo, affatto distinte. Nell'accesso istero-epilettico, come nelle forme epilettoidi, alle quali abbiamo testè accennato, l'epilessia non figura che in apparenza. Conviene inoltre osservare che l'isterismo e l'epilessia possono, e il fatto non è raro, coesistere nel medesimo ammalato (Isteroepilessia a crisi distinte).

In un certo numero di casi si videro le convulsioni isteriche localizzate sia in un arto, sia in una sola metà del corpo, in modo da simulare l'*epilessia parziale*. Fatti di questo genere furono riferiti da Ballet e Crespin (1), Ghilarducci, Bardol.

Accesso demoniaco. — Nella classificazione delle forme della crisi isterica adottata da J. Richer, l'accesso demoniaco è caratterizzato come l'accesso di clownismo da un'esagerazione dei movimenti proprii del secondo periodo della grande crisi istero-epilettica. " Supponiamo ", dice questo autore, " un secondo periodo, nel quale tutti i fenomeni più strani si moltiplichino a piacere; aggiungansi il furore, le grida, la rabbia, i movimenti disordinati; prendasi inoltre tutto ciò che, negli altri periodi, presenta un'apparenza straordinaria od è caratterizzato dalla predominanza dell'elemento doloroso, come le contratture generalizzate della fine o qualche allucinazione visibile del terzo periodo..... ", tale sarà l'accesso demoniaco.

L'*accesso di clownismo* è soprattutto frequente nell'infanzia. L'individuo corre, supera ostacoli e dimostra nel far capitomboli e nell'arrampicarsi un'agilità qualche volta sorprendente. Jolly, nel suo studio sull'isterismo nei fanciulli, diede una descrizione perfetta di questa varietà dell'accesso isterico; i piccoli ammalati in generale conservano un certo grado di coscienza; mentre eseguiscono le loro contorsioni, i loro giuochi da saltimbanco, sanno ricono-

(1) Ballet e Crespin, Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle; *Arch. de Neurologie*, 1884. — Ballet, Attaques d'hystérie à forme d'épilepsie (monospasme facial); *Gazette des Hôp.*, 1891. — Noguès, Hystérie à forme d'épilepsie partielle chez un garçon; *Méd. mod.*, 1882. — Ghilarducci, Contribution au diagnostic différentiel entre l'hystérie et les maladies organiques du cerveau; *Arch. de Neurol.*, 1892 e 1893. — Bardol, Thèse de Paris, 1893.

scere le persone che li avvicinano, si muovono come in sogno, si direbbe che recitino una parte. Questa varietà della crisi isterica deve essere differenziata da certe forme procursive dell'accesso epilettico.

Accesso d'estasi. — Dopo i sintomi dell'aura od anche senza preliminari apprezzabili, l'individuo cessa ad un tratto di parlare e rimane immobile cogli occhi fissi, più spesso aperti o semichiusi, qualche volta chiusi, e pare non senta e non reagisca quando lo si pizzica; il viso è colorato; la fisonomia esprime lo sbalordimento, l'ammirazione o lo stupore. Qualche volta l'ammalato parla, accenna a un gesto, ad un atteggiamento, in rapporto coll'idea o coll'allucinazione di cui subisce l'influenza. Queste crisi non si prolungano più di qualche minuto od un quarto d'ora. O l'individuo si sveglia di soprassalto, oppure non esce dallo stato di estasi che lentamente e come facendo uno sforzo sopra se stesso. Queste varietà di crisi precedono o seguono gli accessi convulsivi, oppure hanno luogo nei loro intervalli e, in certo modo, indipendentemente. In alcuni isterici, questi stati di immobilità sono i soli accessi che si riscontrano.

Accesso sincopale (1). — Questa varietà si presenta coi seguenti caratteri. Dopo un'aura di breve durata, gli ammalati si sentono venir meno e svengono; non hanno convulsioni, cadono inerti, colla testa penzoloni, gli occhi semichiusi. Però le mani restano di solito chiuse; qualche volta vi si distinguono delle leggere contrazioni e, questi piccoli movimenti, quando esistono, facilitano la diagnosi; la faccia è per lo più pallida, il respiro rallentato, ma i battiti del cuore restano normali. Se questo stato si prolunga, prende l'apparenza di un vero sonno.

Accesso di sonno. — L'accesso di sonno costituisce una varietà molto comune della crisi isterica, e succede ad uno o più accessi convulsivi, oppure compare in seguito ad un'emozione morale. Ora assume la forma di un assopimento progressivo preceduto dalle manifestazioni abituali dell'aura, ora incomincia in modo brusco e l'ammalato cade come colpito da apoplessia; in questo stato, l'accesso presenta presso a poco le apparenze del sonno naturale: il viso è pallido o leggermente colorito, le palpebre sono animate da piccoli movimenti vibratori ed offrono una resistenza notevole al dito che cerchi di sollevarle; i globi oculari sono in convulsione, le pupille sensibili; le mascelle sono chiuse l'una contro l'altra; gli arti, leggermente rigidi o in piena contrattura, conservano talora gli atteggiamenti catalettici che loro vengano impressi. La respirazione è spesso normale, ma superficiale, rallentata od accelerata, e può assumere il tipo di Cheyne-Stokes (Achard); il polso è normale, di rado rallentato o accelerato. La sensibilità generale e le sensibilità speciali sembrano completamente abolite o, quanto meno le ammalate, se eccitate, non reagiscono; le sensazioni però, in realtà, sono percepite e conservate; le ammalate in questo stato di sonno sono talvolta sensibili agli agenti estesiogeni (Debove e Achard). Possono essere suggestionate; le zone isterogene mantengono la loro sensibilità; infine, al termine della crisi, ricordano qualche volta tutto quanto fu detto e fatto intorno a loro durante il sonno. Non vi ha nulla di più vario della durata di tali accessi, che, eccezionalmente, possono prolungarsi per più mesi, ma in generale non durano che alcune ore od alcuni giorni, simulando così un'apoplessia cerebrale sintomatica, per esempio, di un'emorragia. In molti casi infatti, il loro aspetto e la loro evoluzione classica giustificano la denominazione di apoplessia isterica sotto la

(1) Pitres, op. cit., I, 213.

quale furono descritti da Debove e Achard. Può accadere che l'ammalato si svegli con un'emiplegia motoria e sensitivo-sensoriale; ma, nel maggior numero di casi, l'accesso di sonno isterico termina con una crisi convulsiva oppure con risa, lagrime, talvolta delirio di parole significative. Durante il sonno, la temperatura può elevarsi fino a 38°,5 (Charcot) e la nutrizione generale presentare delle modificazioni, che indicheremo in seguito.

È interessante ed anche importante, per la prognosi relativamente favorevole che permette, di diagnosticare l'apoplessia isterica subito durante l'itto stesso. Si può pensare ad un coma di origine organica, determinato da una lesione a focolaio dell'encefalo, ad una intossicazione e specialmente al coma uremico, che è qualche volta accompagnato da atteggiamenti catalettoidi (Brissaud). In via generale, questi sonni isterici, in mancanza dell'anamnesi, si possono riconoscere per qualche particolarità insolita nei coma d'origine organica; il fremito delle palpebre, i movimenti di salutazione che intermittentemente compaiono, un accenno di atteggiamento passionale, ecc., sono altrettanti indizi che potranno, dato il caso, illuminare la diagnosi; inoltre, è affatto eccezionale che l'apoplessia isterica determini un'elevazione od un abbassamento della temperatura. Se al termine della crisi, l'individuo resta emiplegico od emianestesico, ci fonderemo sui caratteri stessi dell'emiplegia, sul restringimento bilaterale del campo visivo, sul grado e sulla persistenza dell'anestesia, sull'esistenza di un emispasmo glosso-labiale, di una zona isterogena, ecc.

La narcolessia o malattia del sonno, descritta da Gélineau, Landouzy, Ballet, è caratterizzata da un bisogno improvviso e invincibile di dormire, ma, secondo ogni probabilità, non si tratta che di una varietà del sonno isterico. Armaingaud, Legrand, Bouchard, Parmentier, riferirono a questo proposito delle osservazioni molto dimostrative.

Automatismo ambulatorio. — Certi isterici vanno soggetti ad impulsi intermittenti, che li spingono a darsi a fughe più o meno lunghe. Questi parossismi precedono o seguono gli accessi convulsivi oppure ne sono indipendenti. Come nell'automatismo epilettico, l'individuo lascia ad un tratto le sue occupazioni per intraprendere qualche volta dei veri viaggi; egli obbedisce così alla suggestione, al sogno che lo domina. Terminata la crisi, è molto maravigliato di trovarsi lontano da casa e non sa nulla di quanto gli avvenne. In certi casi l'ammalato non è incosciente, sa dove va, ma è dominato da un desiderio imperioso, da un'idea fissa che lo spingono ad andare. Casi di automatismo isterico furono pubblicati da J. Voisin, Proust, Régis, Duponchel, Séglas, ecc. In mancanza di crisi convulsive e di stimmate, la diagnosi differenziale di questa forma dall'automatismo epilettico, presenta delle vere difficoltà.

Questa forma di crisi isterica, al pari del vigilambulismo e dell'accesso di delirio o accesso sonnambulo-delirante (Charcot), varietà nella quale il delirio del quarto periodo, scevro da ogni manifestazione convulsiva, costituisce da solo tutta la crisi, deve avvicinarsi al gruppo dei sonnambulismi isterici.

Tali sono i caratteri obbiettivi dei principali tipi dell'accesso isterico.

Fisiologia patologica. — È impossibile, per ora, di precisare il meccanismo di questo accidente. L'accesso è infatti un fenomeno estremamente complesso e difficile ad analizzare; esso comprende tutto un insieme di disturbi fisiologici, la cui patogenesi non è punto nota, sebbene si possa affermare che è determinata e governata, almeno nella maggioranza dei casi, da fenomeni psicologici. Quasi sempre il primo accesso compare in seguito ad una viva emozione morale e sovente, ad ogni nuovo accesso, si può constatare il ripetersi dell'emozione primitiva. Possiamo persuadercene esaminando l'atteggiamento, i moti e la

fisonomia dell'ammalato durante l'accesso convulsivo, oppure ascoltando le sue parole, che esprimono più o meno esplicitamente la natura dell'emozione, sotto la quale si trova. Alcuni autori, e specialmente Pitres, hanno insistito con ragione, sull'esistenza di un'aura psichica, la quale ha nell'accesso una parte molto più importante dell'aura sensitiva e addominale, le cui manifestazioni non differiscono essenzialmente da quelle che si presentano in un individuo normale, sotto l'influenza di una emozione molto viva (sensazione di bolo, costrizione alla gola, palpitazione, senso di mancamento o movimenti automatici, ecc.). L'importanza dell'emozione appare anche nella stessa natura delle cause che producono l'accesso. L'ammalato osservato da Pierre Janet, nel quale la prima crisi era stata provocata dallo spavento destato in lui dalla vista di un incendio, entrava in accesso appena gli si presentava un fiammifero acceso, guardando il fuoco della stufa, e nella sua crisi cercava di fuggire, di salvarsi, gridava al fuoco, chiamava i pompieri. Non si può non vedere in questo fatto la riproduzione per associazione di idee dell'emozione primitiva, che aveva determinato l'accesso. È per un meccanismo identico, cioè risvegliando sensazioni antiche e uno stato emotivo loro associato, che la pressione di certi punti iperestetici (zone isterogene) può provocare convulsioni. Ma l'emozione non è sempre palesata dall'ammalato, il quale spesso sembra che non ne sappia nulla, sebbene non sia per questo meno reale. Così avviene negli accessi che hanno luogo durante il sonno della notte, sotto l'influenza di sogni spaventosi, riferentisi allo *shock* morale che determinò il primo accesso, sogni dei quali, allo svegliarsi, l'ammalato non conserva nessun ricordo. Avviene spesso qualche cosa di simile anche allo stato di veglia; l'ammalato sogna senza saperlo, inconsciamente, la sua aura psichica, cioè la scena spaventosa che determinerà la crisi. Allorchè l'accesso sembra imminente, se mettiamo l'ammalato in istato di sonnambulismo profondo, egli potrà qualche volta raccontare le allucinazioni e le immagini che assalgono la sua mente e che, nello stato subcosciente, preparano e provocano la crisi. [Similmente io potei in certi casi impedire l'accesso isterico, appena annunciato, od abbreviarlo notevolmente, se già in atto, quando cambiava, mediante eccitazioni meccaniche dei muscoli mimici, l'atteggiamento della persona (l'accesso era caratterizzato da sintomi di ira, di rabbia, o di spavento), l'ideazione della paziente in modo da sostituire una fisionomia e pensieri allegri o di preghiera dolce, allo spavento precedente (S.)]. Cosicchè Breur e Freund hanno potuto dire recentemente che le manifestazioni dell'accesso isterico si riducono in parte a reazioni emozionali accompagnanti un ricordo. Insomma all'inizio di molti accessi vi è una emozione, la quale è dovuta alla riproduzione di un sogno, sempre lo stesso, cosciente o subcosciente. L'individuo, la cui personalità cosciente è affievolita, " non può stabilire opposizione fra le sensazioni e le idee presenti e questo ricordo ossessionale „; l'emozione si sviluppa quindi senza contrappeso, determinando reazioni fisiologiche eccessive, le quali variano cogli individui e dànno luogo, senza che sappiamo perchè, in uno a convulsioni, in un altro ad uno stato pseudo-sincopale, in un terzo, ad una depressione generale simulante il sonno, ad un delirio, ecc.

Tutte le crisi però non sono emozionali. L'analisi medico-psicologica ha dimostrato che certi accessi di clownismo sono determinati da idee fisse sviluppantisi indipendentemente dalla volontà degli ammalati e riferibili a movimenti associati, che riproducono un incidente della vita passata.

L'idea fissa, il sogno che s'impone alla mente dell'individuo e lo invade tutto, si può facilmente scoprire anche negli accessi d'estasi come pure in certi attacchi di sonno. Ricorrendo al ricordo degli ammalati, che qualche volta

conservano la memoria delle visioni e delle scene alle quali hanno creduto di assistere, mettendoli in istato di sonnambulismo, infine in certi casi servendoci della scrittura automatica, possiamo persuaderci che gli attacchi di questo genere sono vere crisi di idee (Janet). In questi stati, le ammalate non sono, come si potrebbe credere, senza pensieri; invece sono assorbite da immagini estremamente vive o complesse, che dànno loro l'illusione piena della realtà e che, occupando tutto il loro piccolo campo di coscienza, non sono per nulla contraddette. Così l'insensibilità generale che presentano è soltanto apparente: è un'anestesia per distrazione. In questi stati, esse hanno specialmente allucinazioni visive ed uditive; talune odono comandi o proibizioni semplici e rapide che si ripetono con tenacia e senza posa, e le cui conseguenze allo stato di veglia sono qualchevolta delle più gravi: " non mangiare ", dice la voce, " non parlare, tu sei paralizzata " e il risultato di queste " crisi d'idee " può essere un'anoressia ribelle, una paralisi persistente, ecc.

Indubbiamente i fenomeni della crisi isterica non sono tutti di natura puramente morale; tali non sono per esempio le convulsioni epilettoidi, certi movimenti stereotipi come l'arco di cerchio, certi eritemi, certe emorragie che precedono od accompagnano talora l'accesso. Forse un giorno verremo a conoscere anche la ragione d'essere di questi strani disturbi e il meccanismo col quale si connettono all'emozione, al sogno, al disturbo psichico, che ha provocato l'accesso. Comunque, possiamo affermare che la parte dei fenomeni psichici nella genesi delle principali forme della crisi isterica è considerevole, anzi capitale. Ciascuna di queste forme, esaminata dal punto di vista psicologico, sembra costituita o da fenomeni emozionali, o da immagini di moto, o da sogni, e si capisce, come, combinandosi le une colle altre, possano dar luogo sia al grande accesso, di tutte la forma più completa e più complessa, sia ad una qualunque delle varietà elementari o intermediarie da noi passate in rassegna.

Questi sogni, queste emozioni, queste immagini cinestetiche, che sussistono allo stato subcosciente nella mente dell'ammalato, e tutto a un tratto ingigantiscono in modo da invaderla tutta e da determinare così l'insorgenza degli accessi, presentano adunque in altissimo grado tutti i caratteri dell'automatismo psicologico (Janet), cioè la regolarità, la ripetizione del passato e la subcoscienza. Al pari delle suggestioni, delle quali qui non dobbiamo precisare il meccanismo psicologico, al pari delle idee fisse, si sviluppano in grazia dell'affievolimento della personalità cosciente, della sintesi personale delle sensazioni e delle idee. Tanto le une quanto le altre manifestano negli isterici una tendenza dei fenomeni ad aggregarsi in serie distinte, a costituire degli aggruppamenti coordinati e indipendenti dalla coscienza personale. Questa separazione dei fenomeni dalla coscienza si manifesta più completamente ancora nei sonnambulismi.

Paralisi e contratture.

Condizioni eziologiche. — Le cause provocatrici od occasionali delle paralisi e delle contratture isteriche sono numerosissime. Si possono, con P. Richer, classificare in quattro gruppi principali: 1° gli accessi convulsivi e le loro varietà; 2° le impressioni morali; 3° i traumatismi; 4° diversi stati morbosi.

Fra le manifestazioni prodromiche dell'accesso convulsivo, una delle più frequenti è l'aggravarsi momentaneo dei sintomi permanenti. Specialmente

l'amiostenia e la diatesi di contrattura si accentuano di frequente nei giorni o nelle ore che precedono le crisi ed, aggravandosi, possono terminare l'una nella paralisi, l'altra nella contrattura. È sotto la forma dell'emiplegia o d'una monoplegia incompleta che allora si manifesta più frequentemente l'impotenza motoria. La contrattura prodromica dell'accesso isterico ha luogo sia in seguito a qualche sforzo muscolare o ad un leggero *shock*, sia senza causa apprezzabile; è variabilissima, mobile e si riproduce quasi sempre in modo identico nello stesso ammalato. Questi disturbi motori, precursori della crisi, non hanno che una durata effimera e scompaiono colle convulsioni. Invece le paralisi e le contratture consecutive all'accesso, qualunque sia la forma di questo, possono persistere molto a lungo; cosicchè interessa di guarirne gli ammalati senza indugio.

L'influenza del *traumatismo* sulla produzione delle paralisi e delle contratture è ben nota dopo i lavori di Brodie, Russel-Reynolds, Charcot, ecc. Non vi ha nessun rapporto fra la violenza del traumatismo e il grado del disturbo motorio che gli tien dietro. Il fattore essenziale è l'emozione, lo *shock* morale che accompagna la violenza. La paralisi che consegue ai traumatismi non compare immediatamente dopo lo *shock*, ma soltanto dopo un tempo più o meno lungo, dopo un periodo d'incubazione o " di meditazione ", come lo chiamava Charcot, durante il quale l'idea dell'impotenza dell'arto ferito, ingigantisce e si impone alla mente dell'ammalato. Le contratture d'origine traumatica possono comportarsi in tal modo, ma possono anche venire in scena senz'altro, immediatamente dopo lo *shock*. Possono servire di occasione a queste paralisi le emozioni morali violente e la sensazione d'indebolimento, d'impotenza motrice, che determinano. È con un processo dello stesso genere (auto-suggestione) che certe paresi o paralisi organiche che appaiono nella convalescenza delle malattie infettive tossiche servono di pretesto alla paralisi isterica.

Caratteri generali delle paralisi isteriche. — Le paralisi isteriche incominciano improvvisamente, oppure in modo lento e graduale, e sono di rado complete, sia che prendano poi la forma emiplegica, o la paraplegica, o la monoplegica, è raro, che con un esame coscienzioso non si constati nell'arto paralizzato, anche quando sembra colpito da inerzia totale, qualche movimento in una delle sue parti. L'indebolimento colpisce allo stesso grado i muscoli antagonisti, ma è raro che si accompagni qualche disturbo trofico o vasomotorio; l'atrofia e gli edemi concomitanti si osservano solo in via eccezionale. Tuttavia nella maggior parte dei casi si constata un leggero abbassamento della temperatura locale.

La contrattilità elettrica è conservata. I riflessi tendinei sono normali o sembrano leggermente esagerati. Le paralisi isteriche sono spessissimo accompagnate da disturbi sensitivi: anestesie superficiali o profonde, iperestesie.

Sotto varie influenze od anche senza causa apparente, esse presentano variazioni d'intensità, qualche volta considerevoli. La loro durata varia da qualche ora a più anni, e spesso recidivano. L'esito naturale è la guarigione che nella maggioranza dei casi avviene improvvisamente, qualche volta in modo progressivo. Finalmente la paralisi flaccida può trasformarsi in contrattura. Tali sono i caratteri fondamentali delle paralisi isteriche volgari. Ma la paralisi isterica assume in certi casi un tipo particolare ed affatto caratteristico, è cioè sistematizzata, ed in tal caso consiste nella soppressione dei movimenti volontarii coordinati all'esecuzione di determinati atti, con esclusione degli altri movimenti, che sono invece conservati. Tali sono, per esempio,

l'astasia-abasia, che descriveremo più oltre, certe varietà di paralisi facciale (Babinski), ecc.

Caratteri generali delle contratture. — La contrattura è un'impotenza motoria, accompagnata da uno stato di rigidità persistente e involontaria del muscolo, senza modificazione notevole delle reazioni elettriche. L'arto contratto tiene una posizione fissa, che si lascia più o meno difficilmente modificare; i muscoli contratti sono duri, e la contrattura persiste di solito durante il sonno, non cessa che nella narcosi cloroformica; i riflessi generalmente non sono modificati e rari sono i disturbi trofici. Per solito è accompagnata da un'anestesia superficiale o profonda, ed infine è indolente. Accanto a questa forma volgare, devono essere indicate due varietà più rare: l'una dolorosa, con iperestesia squisita della regione contratturata, è accompagnata da fitte, da stiramenti dolorosi parossistici che impediscono il sonno e costringono gli ammalati a ricorrere ad una cura chirurgica; l'altra, poco intensa e mobile, scompare durante il sonno. L'inizio della contrattura isterica è brusco o graduale, come la sua scomparsa; la durata è variabilissima, ma, nella maggioranza dei casi, lo spasmo è fisso e tende a prolungarsi indefinitamente.

In via generale, la diagnosi differenziale fra paralisi e contratture isteriche, e paralisi e contratture di natura organica, si fonda sulle seguenti considerazioni. Le paralisi d'origine cerebrale non sono mai sistematiche, non sono guari accompagnate da anestesia e, quando questa esiste, è quasi sempre transitoria e superficiale. Le paralisi spinali o periferiche sono di solito complicate da disturbi trofici considerevoli; i riflessi tendinei, sono in esse aboliti od esagerati, e profondamente modificate sono le reazioni elettriche, ecc.

Le contratture da lesioni organiche si possono distinguere dalle contratture isteriche soltanto pei caratteri che loro sono proprii, senza neppure tener conto dell'evoluzione dell'accidente e della coesistenza o della mancanza delle stimmate. Questi caratteri distintivi furono ben precisati da Babinski. L'atteggiamento dell'arto contratto è diverso nei due casi. Nella forma organica, la rigidità è poco accentuata, e si può sempre far eseguire all'arto qualche movimento passivo. I riflessi tendinei sono esagerati e la trepidazione spinale è quasi costante. Nella contrattura isterica la rigidità è accentuatissima, per così dire eccessiva, e per vincerla occorre uno sforzo prolungato. L'atteggiamento dell'arto o del segmento di arto contratto è quasi sempre speciale, caratteristico. La contrattura bracciale mette di solito il braccio in adduzione e gli altri segmenti in flessione forzata. Quando è limitata alla mano, questa si presenta fortemente flessa oppure estesa. Talvolta il pugno è chiuso, altre volte la mano è semiaperta; in certi casi le dita hanno la posizione come per iscrivere. Negli arti inferiori si osserva sia l'estensione totale, sia il piede equino varo, più di rado il talo, con o senza flessione delle dita. I riflessi non sono esagerati oppure l'esagerazione loro non è che apparente, dipendendo da un tumore che simula la trepidazione spinale. La contrattura isterica non risulta da un'azione esagerata del tessuto muscolare, come la contrattura organica; è uno stato di contrazione prolungata, che l'individuo non sa far cessare; in ciò si avvicina alla paralisi; del resto questi due fenomeni si alternano e si confondono intimamente; si producono nelle medesime condizioni, presentano le stesse varietà e si possono interpretare, come vedremo, in modo identico. Ora dobbiamo esaminare le principali localizzazioni e modalità cliniche di queste paralisi e di queste contratture.

L'*emiplegia isterica* incomincia di solito in modo subitaneo, qualche volta in seguito a un itto apoplettico; risiede più spesso dal lato sinistro ed è sovente

incompleta; il braccio penzola lungo il tronco e l'ammalato si trascina dietro l'arto inferiore paralizzato " come se fosse ", dice Todd, " un pezzo di materia inanimata; non fa nessun movimento di circumduzione, nessuno sforzo per levarlo dal suolo; mentre cammina, il piede spazza il suolo " [andatura elicopode di Charcot]. Queste proprietà sono caratteristiche della paralisi isterica. L' emiplegico da causa organica cammina falciando [andatura elicopode di Charcot], ma non trascina il suo arto. Se si aggiunge che l'emiplegia isterica è quasi sempre accompagnata da un'emianestesia persistente e profonda od almeno da qualche stimmate sensitiva e sensoriale con sede sia dal lato della paralisi, sia dal lato opposto, si comprenderà come la diagnosi riesca di solito facile. Inoltre, sia poi spasmodica o flaccida, l'emiplegia isterica rispetta quasi sempre la faccia, e, quando essa è interessata, si tratta quasi sempre di un emispasmo glossolabiale; le paralisi degli arti, al pari delle contratture, si localizzano ora ad un solo arto, ora ad uno dei suoi segmenti (monoplegie), oppure affettano i due arti di uno stesso lato (monoplegie associate); qualche volta i due arti inferiori, più di rado tutti e quattro gli arti. L'arto o il segmento di arto colpito da paralisi o da contrattura presenta, nella maggioranza dei casi, un'anestesia a contorni geometrici, che sorpassa più o meno i limiti del territorio occupato dalla paralisi o dalla contrattura.

La *paraplegia isterica*, completa od incompleta, rigida o flaccida, è qualche volta accompagnata da disturbi urinarii; quando è complicata da amiotrofia, può far credere ad una mielite trasversa, ad un tumore del midollo, ad un morbo di Pott, ecc.

La *quadriplegia*, o paralisi dei quattro arti è rarissima; flaccida o rigida, di rado è tenace e durevole. Briquet non la riscontrò che sei volte sopra 120 casi di paralisi e Chevalier, che ne fece uno studio particolare, non ha potuto raccoglierne che 21 caso autentici.

L'integrità dei riflessi, la mancanza di atrofia in massa, la presenza di un'anestesia caratteristica per la sua forma e per i suoi limiti, la natura della causa provocatrice, l'evoluzione dell'accidente, la constatazione di qualche stimmate sensoriale, permetteranno di differenziare queste due ultime forme di paralisi dalla paralisi spinale subacuta e dalle diverse paraplegie organiche che possono simulare.

Contratture dei muscoli della faccia e degli occhi. — Associate oppure no a contratture degli arti, le contratture dei muscoli della faccia sono frequenti. La contrattura dell'orbicolare delle palpebre o *blefaroplasmo* è di solito unilaterale. Quando è energica e permanente (forma tonica) la pelle delle palpebre è fortemente corrugata, e spesso vi si accompagnano dolori peri-orbitari e fotofobia; la palpebra oppone resistenza quando si cerchi di sollevarla e si giunge a stento a scoprire il globo oculare, che talora è deviato convulsivamente in alto e in dentro. Particolarmente interessante è la forma *pseudoparalitica;* l'ammalato presenta una ptosi incompleta, che fa pensare ad una paralisi dell'elevatore della palpebra. Se lo s'invita ad aprire l'occhio, rovescia la testa all'indietro e contrae energicamente il muscolo frontale, come farebbe un individuo colpito da ptosi paralitica. La diagnosi tra questa forma di blefaro-spasmo e la paralisi dell'elevatore può essere molto difficile; vi è però un sintomo obbiettivo che venne indicato da Charcot sotto il nome di *sintomo del sopracciglio* e che permette di riconoscere la falsa ptosi isterica; esso consiste nell'abbassamento del sopracciglio dal lato dove risiede lo spasmo. Nella ptosi paralitica il sopracciglio è invece più elevato dal lato sano. La

coesistenza di una zona d'anestesia e d'iperestesia limitata alle palpebre e alla congiuntiva permette qualche volta di riconoscere subito la natura isterica del disturbo motore (Gilles de la Tourette).

Le *paralisi dei muscoli motori degli occhi* non sono ammesse che da alcuni autori e sotto la forma di paralisi associate (Parinaud); invece le contratture di questi muscoli sono incontestabili; lo strabismo convergente è molto raro. Si osserva qualche volta l'oftalmoplegia o meglio l'immobilizzazione involontaria dei globi oculari. In tal caso, l'ammalato non può *volontariamente* guardare nè a destra, nè a sinistra, nè in alto, nè in basso. Ma nei movimenti automatici, quando non è sotto l'esame, quando guarda spontaneamente a destra o a sinistra, i movimenti degli occhi, che sembravano aboliti, si compiono bene. Tutti questi disturbi della muscolatura degli occhi sono conseguenza o di un'idea fissa o dell'amnesia di uno o più movimenti determinati (oftalmoplegia). Checchè si sia detto, lo strabismo divergente, la paralisi e la contrattura isolata di uno dei muscoli retti, la miosi e la midriasi non sono fenomeni di natura isterica.

L'*emispasmo glosso-labiale* può essere isolato, ma spesso si associa a paralisi o contratture degli arti e specialmente all'emiplegia. Venne segnalato e descritto da Charcot e poi da Brissaud e P. Marie. Esso imprime alla fisonomia una deformazione permanente, che simula a prima vista una paralisi del lato opposto. Nello stato di riposo, la bocca è deviata dal lato della contrattura, il contorno del labbro è più accentuato, la commessura è leggermente striata in alto, come pure la pinna del naso, il solco naso-labiale è più profondo, la gota più sporgente; spesso anzi, il sopracciglio dello stesso lato è un po' abbassato. Inoltre qualche volta si possono osservare nei muscoli delle labbra, del mento e della gota, piccole scosse rapide, intermittenti, che palesano la natura spasmodica della deformazione dei lineamenti. Dal lato opposto si constata che non v'è traccia di paralisi; le rughe non sono appianate, i movimenti vi si compiono in modo normale. Se si invita l'ammalato ad aprire la bocca o a sporgere la lingua, lo spasmo si accentua, la bocca è aperta più ampiamente dal lato dello spasmo, il solco naso-labiale si fa più profondo; nello stesso tempo, la contrattura si estende ai muscoli delle palpebre, della fronte, al pellicciaio del collo, allo sterno-mastoideo; la lingua non è sporta che con grandi sforzi e la punta devia fortemente dal lato della contrattura; conformatasi a uncino, qualche volta essa urta contro la faccia interna della gota e non può più uscire dalla cavità boccale. Questa deviazione *eccessiva* e convulsiva della lingua è molto caratteristica.

Paralisi facciale isterica. — Negata per molto tempo da alcuni autori, la paralisi facciale isterica è oggi ammessa da tutti, e può esistere isolata o associata ad altri disturbi paralitici degli arti, coesistendo abbastanza spesso coll'emispasmo glosso-labiale, che risiede allora dal lato opposto; quasi sempre unilaterale, più di rado bilaterale, essa colpisce tutto il dominio del facciale inferiore oppure soltanto alcuni muscoli; poco appariscente nello stato di riposo, si fa manifesta quando si provochino dei movimenti volontarii, rassomigliando alla paralisi facciale d'origine capsulare. Finora non venne dimostrato che possa sorpassare i limiti del facciale inferiore e invadere tutta la faccia, presentarsi cioè sotto la forma di una paralisi facciale totale analoga alle paralisi facciali periferiche.

Torcicollo. — Il torcicollo cosidetto paralitico è rarissimo; in questa forma la testa è inclinata dal lato opposto a quello dei muscoli che sembrano sede della paralisi; è in realtà un atteggiamento difettoso e senza rigidità, che

dipende da un'idea fissa. Prendendo la testa dell'individuo fra le due mani, si può constatare che si lascia facilmente spostare, ma ripiglia la sua posizione difettosa appena sia abbandonata a sè stessa. P. Richer ha riferito un caso, nel quale questa paralisi compariva in modo transitorio. Questi fenomeni si possono avvicinare agli spasmi funzionali del collo, specie di torcicolli intermittenti, che compaiono o scompaiono secondo che l'individuo appoggia o no la sua testa contro un piano resistente, secondo che è in piedi o in decubito dorsale, che mantiene la testa sollevata o la lascia riposare sul guanciale. Questi singolari caratteri e l'evoluzione intermittente, insieme colla constatazione di qualche stimmate, permetteranno di riconoscere facilmente la natura di tali torcicolli. Il torcicollo, da *contrattura*, determina un atteggiamento difettoso che varia naturalmente secondo i muscoli affetti; è soprattutto frequente nell'isterismo infantile e nella maggioranza dei casi è ancora un torcicollo a ripetizione, che scompare bruscamente da un momento all'altro per riprodursi di nuovo, nello stesso modo oppure in modo graduale. Quando è accompagnato da punti dolorosi situati sul tragitto della colonna cervicale, può esser preso per un torcicollo sintomatico di un morbo di Pott in corso di evoluzione.

Coxalgia isterica. — Ha spesso per causa un traumatismo ed è caratterizzata da un insieme di sintomi, che ricordano più o meno esattamente quelli della coxalgia vera od articolare. Come nella coxalgia vera si constata deformazione dell'anca, insellatura lombare, accorciamento apparente dell'arto, che è mantenuto in rotazione interna con flessione ed abduzione dalla contrattura dei muscoli periarticolari. Le manovre praticate per muovere l'articolazione coxo-femorale sono dolorose; l'impotenza funzionale è talvolta considerevole e l'ammalato si trova obbligato a letto o non può camminare che mediante le gruccie. La rotazione dell'arto all'esterno con abduzione ed allungamento apparente è eccezionale. Indipendentemente dall'esistenza delle stimmate e degli accessi, i sintomi che permettono di stabilire la diagnosi sono i seguenti: l'articolazione per sè stessa non è dolente; si possono percuotere il gran trocantere, il ginocchio, senza destare dolore; l'iperestesia dolorosa è quasi esclusivamente cutanea ed occupa una zona rappresentata da un triangolo, il cui apice corrisponde al monte di Venere o alla radice dello scroto e la cui area, allargandosi, contorna la regione della piegatura inguinale e della natica (sintomo di Brodie). Questa zona iperestetica è spesso anche isterogena; di solito nei casi di coxalgia isterica non si trovano nè calore, nè gonfiore della regione; tuttavia furono segnalati dei casi, nei quali la coxalgia isterica era accompagnata da edema periarticolare e da notevole amiotrofia dei muscoli glutei e coxo-femorali; cosicchè per fare una diagnosi certa bisogna ricorrere all'esame dell'articolazione durante la narcosi cloroformica. Allora tutti i sintomi della pseudo-coxalgia scompaiono, mentre invece la lesione articolare organica si manifesta con iscroscii, sublussazioni, ecc. Tuttavia in qualche caso la diagnosi può presentare difficoltà quasi insuperabili, perchè la coxalgia vera, nel periodo iniziale, non è sempre accompagnata da scroscii molto manifesti; finalmente, le due affezioni possono coesistere sovrapponendosi la coxalgia isterica alla lesione tubercolare dell'anca. Casi di questo genere vennero riferiti da Charcot, Lannelongue e Joffroy.

Astasia-abasia. — Questa sindrome, intravvista da Jaccoud, fu studiata da Charcot e da Richer nel 1883 e da Blocq (1), che ne diede una descrizione

(1) Blocq, Sur une affection caractérisée par l'astasie-abasie: *Arch. de Neurol.*, 1888.

molto completa e propose di chiamarla col termine di astasia-abasia. È caratterizzata dall'abolizione o dal disturbo dei movimenti coordinati per la deambulazione e per la stazione eretta. Si tratta di un'impotenza funzionale sistematica, essendo in realtà conservata l'energia muscolare degli arti inferiori per tutti gli altri movimenti. Dal punto di vista clinico, si possono distinguere diverse forme. In generale, l'astasia e l'abasia coesistono, ma quest'ultima può esistere anche sola. L'individuo affetto da astasia-abasia non sa più tenersi ritto, nè camminare; invece, seduto o sdraiato, può estendere e flettere i suoi arti inferiori, e imprimere loro tutti i movimenti che gli si comandano. Un ammalato soltanto abasico, cioè incapace di camminare, potrà senza difficoltà correre, saltare a piedi giunti od a piè zoppo, arrampicarsi, ecc. Charcot descrisse le seguenti varietà: 1° l'astasia-abasia paralitica, nella quale gli arti si piegano e rimangono inerti quando l'ammalato vuol mantenersi ritto o mettersi a camminare; 2° l'astasia-abasia atassica, che è coreiforme o trepidante, secondochè l'incoordinazione è prodotta da grandi movimenti di flessione delle gambe e del corpo di apparenza coreica, oppure da una specie di scalpitamento, di trepidazione degli arti inferiori; Pitres ha pure segnalato una varietà saltellante, e P. Richer una varietà rigida.

Spasmo saltatorio. — Descritto da Bamberger nel 1859 e poi da Gowers, Jaccoud, Landouzy, lo spasmo saltatorio fu studiato recentemente da Brissaud (*Arch. gén. de Méd.*, 1890), che, in un'interessante monografia, ne analizzò i caratteri clinici e ne indicò la vera natura. " Questo spasmo non è altro „, dice questo autore, " che un incidente della diatesi di contrattura e, come tale, appartiene al pari di essa, nel maggior numero dei casi (non diciamo sempre), all'isterismo „. Consiste in una serie di contrazioni successive e alternanti dei flessori e degli estensori della gamba e talvolta anche della coscia, le quali vengono in scena in seguito ad un'eccitazione qualsiasi, ad una leggiera emozione, ad una scossa. Ne viene che, nella stazione eretta, l'ammalato salta in modo brusco, eseguendo una specie di danza incoordinata, grottesca e talmente eccessiva che, a tutta prima, non si può far a meno di pensare alla simulazione; l'incesso è talvolta molto difficile od anche impossibile. Le due gambe non sono sempre affette simultaneamente. Nel decubito orizzontale, basta un contatto, per esempio, alla pianta del piede, o la flessione brusca del piede sulla gamba, o la percussione dei tendini rotulei o della tibia per provocare lo spasmo. Questa sindrome va soggetta a remissioni quotidiane ed a recidive frequenti, e si osserva specialmente nell'uomo. Ma sebbene dipenda quasi sempre dall'isterismo, non si deve dimenticare che può riscontrarsi sia nella tabe (Charcot), sia nel corso degli stati spasmodici, sintomatici delle affezioni spinali di natura organica.

Lo spasmo saltatorio si può avvicinare, dal punto di vista nosografico, al *paramyoclonus multiplex* e alla *corea elettrica*, che generalmente dipendono pure dall'isterismo.

Coree isteriche. — Furono descritti e si osservano comunemente due tipi di corea isterica.

1° *Corea ritmica.* — È la forma più frequente; interessa gli arti, la faccia, il collo, e si limita di solito agli arti di un sol lato (emicorea), oppure ad un solo arto; i movimenti involontarii che la caratterizzano avvengono in modo intermittente e sotto forma di accessi, la cui durata varia da alcuni minuti ad uno o più giorni. Non si tratta già di scosse e di movimenti disordinati, ma invece di movimenti sistematici che sembrano la riproduzione

dei movimenti coordinati all'esecuzione di un dato atto; le scosse riproducono cioè, con ritmo regolare, per esempio, i movimenti della danza (*corea saltatoria*), i movimenti del nuoto (*corea natatoria*) oppure i movimenti professionali del fabbro (*corea malleatoria*). Insomma vi ha la riproduzione, più o meno fedele, di atti voluti, logici ed intenzionali. Esistono talora, nell'individuo colpito da questa forma di corea, delle zone frenatrici od eccitatrici, la compressione delle quali fa cessare o scomparire gli accessi.

2° *Corea aritmica.* — La corea aritmica è caratterizzata da movimenti involontarii, irregolari e contraddittorii, identici insomma a quelli della corea volgare o corea di Sydenham. Segnalata da Debove, nel 1890, fu l'anno dopo, in occasione dei casi presentati da Chantemesse, Joffroy e Séglas, oggetto di interessanti discussioni alla Société médicale des hôpitaux. Nel 1886 J. Marie aveva dimostrato che nella corea volgare esisteva spesso l'ovaralgia, e questa quasi sempre dal lato dove erano incominciati i movimenti. In un certo numero di casi erano menzionate l'emianestesia od altre stimmate. Alcuni autori interpretarono tali fatti dicendo che si trattava, in quei casi, di vere coree isteriche. Altri, spingendo questa teoria fino all'assurdo, giunsero fino a riferire all'isterismo tutti i casi di corea di Sydenham. Altri ancora, con Charcot, Joffroy, ecc., credono che si tratti di associazione nello stesso individuo di due nevrosi distinte: la corea di Sydenham e l'isterismo. In verità, vi sono molti casi di corea di Sydenham che, secondo ogni probabilità, sono indipendenti dalla nevrosi isterica; ve ne sono di quelli che si prestano alla discussione, perchè vi si vedono sovrapposti dei movimenti coreici e delle manifestazioni incontestabilmente isteriche; finalmente, si possono riscontrare dei casi di corea aritmica, sviluppatisi, per imitazione od auto-suggestione, in giovani individui isterici. Noi ne abbiamo osservato alcuni esempii ed è incontestabile che, in essi, la natura isterica del fenomeno non si potrebbe mettere in dubbio.

Tremori isterici. — Furono studiati e descritti da Charcot, Rendu, Pitres e Dutil. Generalizzati o parziali, e in quest'ultimo caso, limitati sia ad un lato del corpo, sia agli arti inferiori, sia ad un solo arto, sono essenzialmente polimorfi, di ritmo ora lento, ora rapido, leggieri oppure molto intensi, al punto da disturbare l'andatura e gli atti comuni della vita. Possono simulare la maggior parte delle altre specie di tremori (alcoolismo, idrargirismo, paralisi agitante, sclerosi in piastre, tremori pre- o post-emiplegici). La conoscenza di questi tremori isterici ha permesso di mettere in dubbio la legittimità di talune varietà di tremori, come i tremori emotivi e certi tremori detti mercuriali, i tremori consecutivi alle malattie infettive, i quali, per il loro andamento e la scomparsa brusca sotto l'influenza degli agenti estesiogeni, ecc., si possono connettere alla nevrosi isterica.

Tic. — I tic isterici sono frequentissimi e svariatissimi. Al pari dei tic volgari (malattia dei tic), sono caratterizzati da movimenti rapidi sistematici e coordinati, che hanno un senso, che esprimono qualche cosa: sono l'ammiccamento delle palpebre, che protegge gli occhi, il far spallucce, il soprassalto dello spavento, lo sbuffare gutturale, certe forme di tosse, ecc. Differiscono dai movimenti della corea ritmica in ciò, che non hanno un ritmo regolare, e si producono infatti ad intervalli disuguali. Hanno per origine ora un'idea fissa, ora l'imitazione di un movimento che l'isterica ha notato in un'altra ammalata.

Fisiologia patologica degli accidenti di natura motoria. — L'interpretazione delle paralisi e delle contratture isteriche ha dato luogo ad un certo numero

di teorie fisiologiche, che oggi sembrano da abbandonarsi. Sono ancora dei disturbi psichici, che prevalgono in questi fenomeni. Per poco che si pensi alle condizioni nelle quali compaiono, ai caratteri che presentano, alla facilità con la quale si possono riprodurre, sia nel sonnambulismo, sia nello stato di veglia, come ha dimostrato Charcot nelle sue lezioni del 1884 e 1885, alla loro brusca scomparsa sotto influenze morali, ecc., sarà facile convincersi che non potrebbero dipendere da una perturbazione puramente mentale. Tuttavia non sono tutte passibili di una stessa interpretazione psicologica. Quei fenomeni che sono elettivi o sistematici, come l'astasia-abasia e l'oftalmoplegia esterna, si spiegano sia con un'idea fissa subcosciente, sia coll'amnesia dei movimenti speciali che sono aboliti. Le monoplegie, semplici od associate, e le contratture locali sono quasi sempre l'effetto di un sogno persistente, di un'idea fissa: l'idea d'impotenza motoria, di intorpidimento. Altre infine, come le paralisi e le contratture che precedono l'accesso, non sono, come dimostrò P. Richer, che l'esagerazione dell'amiostenia o della diatesi di contrattura, e non differiscono da queste due stimmate che pel grado; sono l'effetto di un'accentuazione del restringimento del campo di coscienza, dell'abolizione della percezione personale delle sensazioni elementari provenienti dagli arti paralizzati o contratturati.

È parimenti ad idee fisse ed a sogni subcoscienti che si connettono la maggiore parte dei tic e dei movimenti coreici, come pure le sindromi dolorose e i fenomeni viscerali dell'isterismo, che ora enumereremo.

Sindromi dolorose. — Abbiamo già menzionato, nel capitolo dei *sintomi permanenti*, certe forme di iperestesie dolorose, isterogene o no, che gli autori ed i clinici sogliono collocare fra le stimmate della malattia. Dobbiamo ora esaminare alcune manifestazioni *accidentali* dell'isterismo, nelle quali un dolore, vero o falso, reale o psichico, tiene la prevalenza e realizza, sia per la sua localizzazione, sia per i disturbi che l'accompagnano, delle sindromi speciali.

1° *Cefalalgia isterica.* — Profonda o superficiale, e, in quest'ultimo caso, dipendente da una zona iperestesica del cuoio capelluto, la cefalalgia isterica si manifesta di solito sotto forma di accessi periodici, che compaiono specialmente verso sera e nelle prime ore della notte. Quest'ultimo carattere potè, in qualche caso, farle confondere con una cefalea sifilitica. Per la sua tenacia e per essere accompagnata da vomiti, può simulare anche la cefalea sintomatica dei tumori cerebrali; parimenti può essere scambiata con una emicrania volgare quando si estende ad uno dei lati del pericranio. Finalmente, in qualche caso eccezionale, prende una intensità tale che, per la sua violenza e per il complesso dei sintomi reazionali che provoca, dà luogo ad un quadro molto analogo a quello della meningite.

Questa *pseudo-meningite* isterica è spesso preceduta da prodromi: malessere generale, inappetenza, insonnia, dolori di testa; indi la cefalalgia aumenta, diventa insopportabile, incessante e, da un momento all'altro, si esacerba, strappa delle grida all'ammalato ed è accompagnata da delirio. Allorquando alla cefalea si aggiungono vomiti, rigidità della nuca, contratture spasmodiche degli arti, opistotono ed anche febbre, si capisce come l'idea della meningite si presenti spontanea alla mente dell'osservatore. Per diagnosticare questo accidente isterico, bisogna fondarsi sull'esame anamnestico, sulla nozione della causa provocatrice, che è spesso morale, sulla ricerca delle stimmate, sulla mancanza dei disturbi pupillari e di modificazioni del polso, e finalmente

sulla constatazione della formola urinaria del parossismo isterico, formola che, in un caso difficile, permise a Chantemesse di riconoscere la natura isterica della sindrome. Del resto la febbre di solito manca; ma può tuttavia svilupparsi in seguito ad una malattia infiammatoria concomitante, ad una vaginite, ad un'angina, come nei casi osservati da Dalché e Netter.

Quando la sindrome isterica, di cui stiamo parlando, incomincia nel corso di una febbre tifoidea o di un attacco di reumatismo articolare acuto (casi di Huchard e Repéré), l'errore è quasi inevitabile e naturalmente si attribuiranno i disturbi nervosi al reumatismo cerebrale od alla meningite tifosa.

Emicrania oftalmica. — Charcot e Babinski hanno segnalato alcuni casi di emicrania oftalmica di natura isterica. Questo accidente è molto raro. Nella forma isterica l'emiopia manca sempre, mentre è invece comunissima nelle forme volgari.

2° L'*iperestesia rachidica* è frequente. Quando è intensa, persistente e limitata a tre o quattro vertebre, può far credere ad un *morbo di Pott.* Esacerbandosi alla minima pressione, al più leggiero contatto, obbliga talora gli ammalati a star curvi. Spesso, in tali casi, il medico che esamina l'ammalato, pensando a prima giunta ad una malattia vertebrale, colle sue interrogazioni e colle sue ricerche richiama l'attenzione del paziente sullo stato degli arti inferiori. Questi si autosuggestiona e tosto accusa debolezza o disturbi sensitivi negli arti. Se insieme col dolore rachidico si trovano dei punti dolorosi sulle parti laterali del torace o dell'addome, allora il quadro clinico è tanto somigliante a quello del morbo di Pott o di una mielopatia organica, che l'errore diventa facile. Una sindrome isterica di questo genere, sviluppatasi in seguito ad un traumatismo, ha potuto far credere anche ad una frattura del rachide. Questi fatti furono segnalati e accuratamente studiati da Brodie e da Charcot (1).

3° In certi casi, una zona iperestetica localizzata alla fossetta epigastrica e accompagnata da crisi dolorose, da vomiti e da ematemesi, ha potuto ingannare il medico e fargli fare la diagnosi di *ulcera rotonda* o di *crisi gastriche tabiche.*

4° L'*angina di petto isterica* venne descritta per la prima volta da Charcot e P. Marie (2), poi da Landouzy, Huchard, Leclerc, ecc., e può costituire la prima manifestazione della nevrosi. Si presenta sotto due forme distinte. Nella *forma nevralgica*, l'accesso è caratterizzato da un dolore atroce, angoscioso, che parte dalla regione precordiale o compare alla periferia, nel mignolo, e s'irradia verso il collo, seguendo il margine cubitale dell'arto superiore, precisamente come nell'angina di petto di origine organica. Anche la pelle della regione precordiale è talvolta sede, nell'intervallo degli accessi, di una squisita iperestesia. La forma *vasomotoria* si manifesta col pallore della faccia e del braccio, col raffreddamento delle estremità ed i disturbi della respirazione, che ora è affannosa, ora lenta ed irregolare. L'angina isterica è molto rara. Gli accessi scoppiano specialmente di notte. La loro durata in generale è abbastanza corta; ma talvolta si prolungano per modo da realizzare una specie di stato di male anginoso. La fine della crisi è accompagnata qualche volta da risa o da singhiozzi, oppure da un attacco sincopale o convulsivo.

La diagnosi dell'angina di petto isterica deve fondarsi sull'anamnesi, sulla

---

(1) V. Souques, Syndromes hystériques simulateurs des maladies de la moelle; Thèse de doctorat, 1889.

(2) P. Marie, *Revue de Méd.*, 1882. — Le Clerc, Thèse de doctorat, Parigi 1887.

ricerca delle stimmate, sullo studio delle condizioni provocatrici dell'accesso, sull'esistenza di una zona d'iperestesia cutanea alla regione precordiale, sulla comparsa, al finire dell'accesso, di fenomeni critici, come quelli ora indicati, e, in ultimo, sui risultati negativi dell'ascoltazione del cuore. Ma questa sindrome isterica è talvolta associata a cardiopatie organiche. Allora la diagnosi può presentare difficoltà grandissime; ma è importante, in tal caso, di stabilire in modo preciso la natura, e quindi la prognosi, dei fenomeni d'angina.

Fenomeni viscerali. — In questo capitolo descriveremo delle sindromi molto disparate, nelle quali predominano oppure si associano, ora dei disturbi di moto e di senso, ora dei fenomeni vaso-motori. Tali sindromi possono interessare i principali apparecchi dell'economia.

Fenomeni isterici delle vie respiratorie. — Da parte della laringe furono segnalate delle paralisi dei muscoli della fonazione, le quali sono spesso associate ad anestesia sia della mucosa laringea, sia della pelle delle regioni sopra e sottojoidea (1). L'afonia, che esse determinano, compare improvvisamente; l'ammalato non può più parlare che a voce bassa; ma, ed è questa una particolarità caratteristica di tale specie di afonia, la fonazione non è spesso abolita che per la parola a voce alta; la tosse è sonora, il canto pure, e, nei sogni parlati, la voce ricompare normale, sia per il metallo sia per l'intensità. All'esame laringoscopico, ora le corde vocali rimangono divaricate e non possono avvicinarsi, ora sono avvicinate in adduzione. Si suppone che, nel primo caso, vi sia paralisi dei crico-tiroidei e, nel secondo, contrattura dei medesimi muscoli. Quest'afonia è quindi sistematica.

Si possono osservare, negli isterici, i più svariati disturbi della loquela. Il *mutismo*, studiato da Charcot, Cartaz, ecc., è caratterizzato dall'abolizione pura e semplice della facoltà di parlare, tanto a voce alta che a voce bassa; l'afonia si associa spesso al mutismo e l'ammalato è incapace di emettere suono alcuno. Invece si esprime facilmente coi gesti e colla scrittura. La lingua e le labbra si muovono con facilità in tutti i sensi; tuttavia qualche volta si può constatare un certo grado di contrattura della lingua, la quale rimane accollata al pavimento della bocca, quando si invita l'ammalato a sporgerla. La coesistenza dell'agrafia isterica col mutismo venne segnalata da Lépine (*Rev. de Médecine*, 1891) e da Ballet e Sollier (*Rev. de Médecine*, 1893).

La *balbuzie* isterica venne osservata da Ballet e Tissier (*Arch. de Neurologie*, 1890).

Ricordiamo infine i rumori laringei, i disturbi respiratorii che si ripetono con ritmo regolare e compaiono di solito sotto forma di accessi periodici, le crisi di latrati, di singhiozzi, di chiocciare, di sbadigli, di risa. Questi accidenti, studiati da Sydenham, Lasègue, Charcot, Pitres, ecc., sono spesso accompagnati da iperestesia, da sensazioni di corpi stranieri o di punti dolorosi sia nelle fosse nasali, sia nella retrobocca o nella laringe.

Il più importante di questi rumori è la *tosse* isterica. Questo fenomeno venne descritto in modo magistrale da Lasègue. La tosse è parossistica o permanente, moderata o clamorosa; viene in scena ogni tre o quattro espirazioni e i parossismi sono per solito perfettamente regolari, sempre identici nello stesso ammalato. La tosse isterica cessa generalmente durante la notte e non disturba il sonno; la distrazione, la lettura ad alta voce, certi atteggiamenti possono farla cessare. La si osserva, più specialmente, nelle ragazze all'epoca della

(1) Thaon, Congresso di Milano, 1880.

pubertà, e compare quasi sempre, come la maggior parte dei rumori laringei che abbiamo or ora enumerato, in seguito e per influenza di un'emozione morale, oppure in occasione di un'infiammazione passeggiera della gola e delle vie respiratorie; qualche volta si sviluppa anche per imitazione. Questi varii disturbi compaiono spesso come sintomi isolati, in individui che non presentano nè accessi, nè stimmate ben chiare (isterismo mono-sintomatico).

La *dispnea* isterica può assumere una delle tre forme seguenti: ora si tratta di un violento accesso di soffocazione, per ispasmo della glottide; ora la dispnea sembra conseguenza dell'immobilizzazione per paralisi o contrattura del muscolo diaframma; oppure si tratta d'una tachipnea a ritmo regolare, che porta il numero dei movimenti respiratorii a 60-100 ed anche più al minuto, decorrendo senza sforzo apparente e senza frequenza del polso: quest'ultimo tipo è il più comune.

La *congestione polmonare*, accompagnata o no da emottisi, è tutt'altro che eccezionale. Debove ha dimostrato che questa congestione si localizza di solito all'apice del polmone e dal lato anestesico, e può far credere alla tisi. È coll'esame batteriologico degli sputi, la ricerca delle stimmate, ecc., che si stabilirà la diagnosi.

Disturbi digestivi. — L'*anoressia* isterica venne descritta da Gall, da Lasègue e da Charcot. Può essere benigna e transitoria oppure grave e tenace: ora compare in un individuo francamente isterico, ora è il primo sintomo imponente della nevrosi. La si osserva più specialmente nelle ragazze. L'inizio è improvviso od insidioso; quando è assoluto, non tarda a venir in scena il dimagramento. " Esso raggiunge talora „, dice Charcot, " proporzioni veramente straordinarie; le ammalate non sono più che scheletri viventi, e di qual vita! Alla fittizia agitazione iniziale è succeduto il torpore; da molto tempo l'incesso e la stazione eretta sono divenuti impossibili; le ammalate sono obbligate a letto, dove appena si possono muovere; i muscoli del collo sono paralizzati, la testa rotola come una massa inerte sul guanciale, le estremità sono fredde e cianotiche. Si domanda come possa persistere la vita in mezzo a tanto sfacelo..... Quando le cose sono a questo punto, la preoccupazione dei parenti è grandissima, e del resto pienamente giustificata, poichè l'esito fatale si presenta minaccioso; per mio conto, conosco almeno 4 casi, nei quali esso avvenne „. Quindi la prognosi dell'anoressia isterica è grave; questo accidente si deve curare rigorosamente coll'isolamento assoluto, la ricerca dell'idea fissa cosciente o subcosciente, che impedisce all'ammalata di mangiare, l'uso dei metodi di suggestione e l'alimentazione artificiale (*gavage*). Questa manifestazione isterica è di natura puramente mentale, e la causa risiede ora nella paura di un'obesità precoce, ora nell'idea di suicidio o in altra aberrazione mentale.

La *disfagia* e l'*esofagismo isterico* consistono nella comparsa intermittente o permanente di uno spasmo faringo-esofageo, che non sopravviene che nel passaggio degli alimenti. Questa disfagia ora è elettiva, cioè esiste soltanto per dati alimenti, ora è assoluta. In quest'ultimo caso, può diventar grave, in causa dell'inanizione che ne consegue, o perchè alla lunga termina coll'anoressia, col rifiuto degli alimenti.

I *vomiti* isterici possono complicare le disfagie e le anoressie incomplete, ma possono presentarsi anche come accidenti isolati; sono passeggieri oppure persistenti e incoercibili: ora gli alimenti sono rigettati appena ingeriti e gli ammalati si lagnano di sensazioni penose alla fossetta epigastrica; ora i

fenomeni gastralgici mancano completamente; gli ammalati mangiano con appetito, ma, dopo esser rimasti qualche tempo nella cavità gastrica, gli alimenti vengono rigettati. Talvolta i dolori gastrici sono vivissimi e si pensa con facilità all'esistenza di un'affezione organica dello stomaco (gastrite ulcerosa, ulcera rotonda). Charcot, studiando il vomito isterico nei suoi rapporti coll'anoressia e coll'iscuria (*a*) che talora l'accompagnano, dimostrò che vi era spesso un'alternanza fra la quantità dell'urina e quella delle materie vomitate. Ma i vomiti possono coincidere anche con un'urinazione abbondante. In realtà, al pari dell'anoressia, essi hanno un'origine quasi sempre mentale. La suggestione, la semplice lavatura dello stomaco (Ballet), possono farli scomparire.

Il *timpanismo isterico* di solito è parossistico; compare sia nell'intervallo delle crisi, sia in seguito ad accessi e in modo brusco; dopo una durata variabile, scompare rapidamente com'è venuto. Può del resto svilupparsi anche in modo graduale ed essere persistente; non dà dolore oppure si complica con peritonismo.

La *pseudo-peritonite isterica* può presentarsi con tutti i caratteri della peritonite vera ed essere accompagnata da vomiti, da stipsi e da una squisita iperestesia dell'addome; ma in generale la febbre manca. In un certo numero di casi la sindrome assume l'aspetto dell'occlusione intestinale: meteorismo, stipsi assoluta, vomiti alimentari o porracei; tuttavia i vomiti stercoracei mancano, e i casi in cui si trova indicato anche quest'ultimo carattere non sono certamente dimostrativi.

Ricordiamo infine lo *spasmo ano-rettale*, che può determinare una stipsi assoluta, essere accompagnato da vivi dolori, impedire l'esame del retto e quindi simulare il restringimento organico di quest'orifizio.

Disturbi della nutrizione generale. — Lo studio della nutrizione generale nell'isterismo, iniziato da Charcot, Bouchard, Empereur (Thèse de Paris, 1876) venne ripreso, qualche anno fa, da Gilles de la Tourette e Cathelineau (1). Questi due autori hanno cercato di stabilire quale fosse lo stato della nutrizione: 1° in ciò che essi chiamano l'isterismo " normale „ o, in altre parole, nei periodi interparossistici; 2° nell'isterismo parossistico, al momento delle crisi.

Nel primo caso, cioè negli individui che non presentano altre manifestazioni della nevrosi all'infuori delle stimmate permanenti, la nutrizione avviene in modo normale. Infatti Gilles de la Tourette e Cathelineau, dall'analisi delle urine di dieci ammalati (7 donne e 3 uomini) trovarono che il volume dell'urina ossia la quantità degli escreti in rapporto ad un chilogrammo di individuo sano, oscillava entro limiti normali. Inoltre, i loro studii sullo stato del sangue confermarono i risultati già ottenuti da Charcot, Gréhant, Quinquaud, ecc., e cioè che, a parte i casi di anemia e di clorosi, la proporzione dell'emoglobina, dell'urea e del glucosio nel sangue degli isterici è perfettamente normale.

Invece i parossismi isterici sarebbero sempre accompagnati da un disturbo notevole della nutrizione e da un'importante modificazione nell'escrezione urinaria. Gilles de la Tourette e Cathelineau studiarono anzitutto l'urologia dell'accesso convulsivo classico; le loro ricerche versarono su dieci ammalati,

---

(*a*) [In Italia l'iscuria isterica venne studiata pure accuratamente dal Rossoni, che sull'argomento fece interessanti osservazioni (S.)].

(1) Gilles de la Tourette e Cathelineau, La nutrition dans l'hystérie; *Progrès méd.*, 1890.

e diedero sempre il seguente risultato: l'urina delle ventiquattr'ore che seguono l'accesso non è in quantità molto maggiore dell'urina delle ventiquattr'ore che hanno preceduto la crisi, ma vi è in tutti i casi una diminuzione considerevole del *residuo fisso;* la quantità di urea scende ad una media di gr. 13,27 invece della media di gr. 20,78, cifra fornita dalle urine dei periodi interparossistici; l'acido fosforico totale scende da gr. 2,50 a gr. 1,24. D'altra parte, se si considerano i sali fosforici terrosi e i sali fosforici alcalini, il rapporto dei primi ai secondi, che era di 1 a 3 nello stato normale, diventa dopo l'accesso = 1 a 1. Vi è quindi *inversione della formola dei fosfati.* Quanto ai cloruri, ora sono aumentati, ora diminuiti. Gilles de la Tourette e Cathelineau hanno sempre trovato la stessa formola urinaria dopo gli accessi in forma di *epilessia generalizzata* o *parziale,* dopo gli accessi di *corea ritmica,* di *tosse,* di *sbadigli.* I risultati furono pure identici negli *stati di male isterico,* di *delirio,* di *sonno.* Durante le crisi prolungate, che sono accompagnate da un rapido dimagramento, la *curva escretoria* è rappresentata da una linea discendente, da un piano e infine da una linea ascendente, che raggiunge e può anche oltrepassare la normale.

L'esame urologico di alcuni casi di paralisi, di contrattura e di tremore isterici non avendo rivelato nessun disturbo della nutrizione, ne segue che questi fenomeni permanenti devono essere esclusi, come c'era da aspettarsi, dal gruppo degli accidenti parossistici. Questa formola urinaria contrapposta alla formola precisamente inversa, stabilita da Lépine e Mairet nei loro lavori sull'urologia dell'accesso epilettico, generalizzato o parziale (il quale determina sempre un aumento dell'urea e dell'acido fosforico), diventava pertanto un elemento prezioso per la diagnosi differenziale fra le due specie di accesso. Ma il valore diagnostico di questa formola urinaria, proposto da Gilles de la Tourette e Cathelineau, venne contestato da J. Voisin, Féré, Royer, Poëls, i quali sostengono che l'inversione dei fosfati è rarissima nell'isterismo e che si riscontra nell'epilessia, tanto dopo gli accessi quanto nei periodi intercalari. A queste critiche Gilles de la Tourette e Cathelineau risposero affermando nuovamente che l'inversione della formola dei fosfati è di regola nella crisi d'isterismo ed è invece un'eccezione nell'epilessia, che del resto non è la sola inversione dei fosfati, ma la intera formola urologica che è caratteristica.

Febbre isterica. — L'esistenza della febbre isterica, affermata da Briquet, Gagey e Briand fu, per un momento, messa in dubbio in seguito agli appunti ed alle osservazioni critiche di Bouchut, Pinard e Ducastel. Attualmente la realtà di questo fenomeno isterico non potrebbe più essere contestata. Debove, Barié, Deleuil ne riferirono esempii autentici ed indiscutibili. Questa febbre non venne osservata finora che in donne. Essa è continua, remittente e talora intermittente. Dopo una durata variabile, da qualche giorno a più mesi, scompare spesso in modo brusco. L'ipertermia può giungere fino a 41°-42° e più. Se qualche volta è accompagnata da cefalea, da prostrazione, da stato saburrale delle vie digestive, da sudori, ecc., questi fenomeni generali mancano quasi sempre o non sono proporzionati al grado della febbre. Il dimagramento manca per lo più e lo stato generale resta buono. Nei casi di questo genere l'escrezione urinaria non venne ancora studiata. La febbre isterica si trova di solito come sintoma isolato; ma, associandosi ad altri disturbi, ad altre modificazioni locali o generali, può anche dar luogo a sindromi febbrili tali da simulare certe piressie da causa organica. Rigal e Hanot riferirono ciascuno una osservazione di pseudo-febbre tifoide d'origine isterica (V. *Société médicale des hôpitaux,* aprile 1893). La febbre isterica può simulare anche

la tubercolosi polmonare, la pneumonite, la peritonite, la meningite, la febbre intermittente, il reumatismo articolare acuto (1). Non possiamo qui discutere la diagnosi differenziale per ciascuno di questi casi. Ad ogni modo, in via generale, la febbre isterica si riconoscerà dalla irregolarità, dalla discordanza fra il movimento febbrile ed i fenomeni generali o dalla mancanza di questi ultimi, dalla constatazione di antecedenti e di stimmate isteriche, dalle condizioni eziologiche nelle quali comparve la febbre. È inutile dire che, prima di far diagnosi di febbre isterica, fenomeno in realtà molto raro, bisogna assicurarsi con un esame scrupoloso se il movimento febbrile non sia determinato da qualche infiammazione locale nascosta, perimetrite, vaginite, angina, ecc.

Fenomeni trofici e vaso-motorii. — La loro conoscenza data da poco tempo. Per un pezzo si credette che l'isterismo non producesse disturbi trofici. Ma, quantunque la fisiologia patologica di questi fenomeni sia ancora molto oscura, tuttavia la loro realtà non si potrebbe mettere in dubbio. Questi disturbi possono interessare la pelle ed i suoi annessi, il sistema muscolare, i tendini ed anche lo scheletro (caso di Chauffard).

Fra i *disturbi trofici cutanei*, i più frequenti sono le *eruzioni eritematose* o *vescicolari*. Le vescicole sono ripiene di sierosità o di sangue; qualche volta, nel rompersi, lasciano delle ulcerazioni o delle escare persistenti. Veillon (2) ha riferito un caso di eruzione vescicolo-ulcerosa simmetrica delle avambraccia; Vulpian citò un caso di gangrena cutanea.

Franceschi ha descritto il *pemfigo isterico* (Thèse de Paris, 1883). Kaposi (3) pubblicò alcune osservazioni di zona gangrenosa; Leloir, Singer (4) dei casi di gangrena cutanea; Weir Mitchell (5), un caso di rupia.

Queste varie eruzioni, ad eccezione però delle gangrene cutanee, per le quali la natura isterica è ancora contestata, sembra che si possano riferire con tutta certezza alla nevrosi isterica, sia perchè compaiono sotto l'influenza di un'emozione morale, sia perchè sono accompagnate o seguite molto davvicino dagli accessi isterici.

Le *emorragie* cutanee sono rare. Compaiono di solito sotto l'influenza di un'emozione viva, sia in forma di ecchimosi, sia in forma di sudori di sangue. Furono viste nelle regioni più diverse, ma si localizzano più spesso dal lato dell'emianestesia, in corrispondenza degli arti o del tronco. Ora vengono in scena insidiosamente, ora sono precedute da dolori nei punti dove debbono comparire. Chauffard, Lordat e più recentemente Gilles de la Tourette (6) ne riferirono esempii autentici. Furono citati dei casi di lacrime sanguinolenti, di emorragie mammarie (Parrot). Questi scoli di sangue puro o di sierosità più o meno tinte possono durare più giorni di seguito.

Furono pure segnalati negli isterici dei disturbi vasomotorii fugaci, intermittenti, come il *dermografismo*, studiato [già da Concato], e recentemente da Féré e Lamy, Barthélemy (7), Dujardin-Beaumetz.

L'anemia cutanea e l'*asfissia locale e simmetrica delle estremità* si osservano

---

(1) Estèves, Fièvre hystérique; *Nouvelle Iconographie*, 1892.

(2) Veillon, *Nouvelle Iconographie*, 1892.

(3) Kaposi, *Centralbl. f. klin. Med.*, 1890.

(4) Singer, *Club med. di Vienna*, gennaio 1893.

(5) Weir Mitchell, *American Journal of medical Sciences*, marzo 1893.

(6) Gilles de la Tourette, Considérations sur les ecchymoses spontanées des hystériques; *Nouvelle Iconographie*, 1890.

(7) Barthélemy, *Progrès méd.*, 1893.

di frequente negli isterici (V. Waton, *L'Hystérie vaso-motrice;* Thèse de Montpellier, 1892).

L'*edema isterico* venne segnalato da Sydenham, che ne indicò i caratteri distintivi nei termini seguenti: " L'edema delle persone isteriche „, egli dice, " è maggiore al mattino che alla sera e non lascia, alla pressione digitale, nessuna impronta. Di solito lo si trova soltanto in una gamba. Del resto rassomiglia tanto a quello degli idropici, che si stenta a persuadere le ammalate che non sono idropiche „. È il cosidetto *edema bianco* degli isterici. Ne furono pubblicati degli esempii da Damaschino e Weir Mitchell.

Charcot descrisse recentemente un altro tipo di edema isterico: l'*edema azzurro* (1).

Questa varietà, dal punto di vista pratico, non è senza qualche interesse, essendo stata in certi casi occasione di incresciosi errori diagnostici. Che anzi si potè confondere questo edema con un flemmone. Si localizza talora ad un arto o ad un segmento di arto affetto da paralisi, da contrattura o semplicemente anestetico, ma può manifestarsi anche quale accidente isolato. Non lo si riscontra guari che nel grande isterismo. La regione che n'è sede può raddoppiare o triplicare di volume. È un edema duro, cianotico, azzurriccio, che conserva male l'impronta del dito, ed è accompagnato ora da un abbassamento, ora da un'elevazione della temperatura locale. Di solito è indolente, ma questo carattere non è costante. In certi casi l'ammalato si lagna di formicolìi, di dolori sordi o lancinanti.

Questi edemi isterici si sviluppano, si attenuano o scompaiono rapidamente, in poche ore, in seguito ad un accesso, sotto l'influenza di un'emozione od anche senza causa apparente.

Si può avvicinare a questi disturbi vaso-motori la gonfiezza dolorosa del seno, o *seno isterico*. Questo fenomeno ha luogo di solito nel seguente modo: rapidamente, in qualche ora, una od ambedue le mammelle si gonfiano, e la gonfiezza è accompagnata da pizzicori e da stiramenti dolorosi. La pelle conserva il suo colore normale, oppure è rossa, tesa e lucente. Il capezzolo è turgido. La tumefazione è di consistenza notevole, e non conserva l'impronta del dito. La sensibilità della regione è esageratissima; il minimo contatto determina dolori apparentemente insopportabili. Talora ha luogo una leggiera tensione della ghiandola. La gonfiezza non dura che pochi giorni e poi progressivamente si risolve. Fatti di questo genere poterono far credere ad un ingorgo latteo o menstruale, ad un ascesso della mammella, ad un nevroma irritabile. In certi casi, il seno è sede di una iperestesia semplice, senza concomitante gonfiore, ma vivissima.

Negli arti che sono da lungo tempo in istato di contrattura isterica si sviluppano talora delle *retrazioni fibro-tendinee* (Charcot). Guarita la contrattura, queste retrazioni mantengono l'arto in atteggiamenti viziosi. In tali casi, è indispensabile assicurarsi sotto il cloroformio che la deviazione dell'arto dipende da retrazioni tendinee o periarticolari e non dalla contrattura. È soltanto dopo che questa è totalmente scomparsa, che è permesso di agire in via chirurgica, rompendo le aderenze fibrose; poichè, se persistesse ancora un certo grado di contrattura, si correrebbe rischio, con questo intervento, di rinforzarla, mentre era in via di risoluzione.

Charcot e Babinski hanno segnalato e descritto, nel 1886, l'*atrofia muscolare* di origine isterica. Chauffard, Ballet, Brissaud, Debove, Raymond, Gilles

(1) Charcot, Leçons du mardi. — Gilles de la Tourette e Dutil, *Nouv. Iconogr.*, 1880.

de la Tourette e Dutil, ecc., pubblicarono osservazioni dimostrative intorno a tale varietà d'amiotrofia.

Questa distrofia si limita di solito ad un arto o ad un segmento di arto che è o fu colpito da contrattura o da paralisi isterica. Avviene in modo rapido, riducendo in pochi giorni alla metà o anche al terzo del loro volume normale, i gruppi muscolari colpiti; poi rimane a lungo stazionaria prima di avviarsi a guarigione. In generale, presenta tutti i caratteri dell'atrofia semplice. L'eccitabilità idiomuscolare è normale. La contrattilità elettrica è diminuita proporzionalmente al grado dell'atrofia e manca la reazione degenerativa. Fu segnalato qualche caso di amiotrofia isterica, accompagnata da reazione degenerativa, ma noi crediamo, che, perchè possa venir ammessa senza riserve, questa particolarità debba essere confermata da nuovi fatti.

Follia isterica. — Si possono osservare negli isterici degli stati di delirio, che, per la loro durata e il loro modo di presentarsi, rassomigliano abbastanza esattamente sia ai delirii transitorii dei degenerati, sia all'accesso maniaco, sia al delirio ipocondriaco, alla confusione mentale. Nei fatti di questo genere, se è vero che potè essere qualche volta dimostrata la natura isterica del disturbo mentale, bisogna confessare che la diagnosi resta forzatamente indecisa, mancando un carattere distintivo ben evidente. Noi non possiamo esporre qui la questione ancora molto oscura dei rapporti fra la follia e l'isterismo, questione che fu recentemente, al Congresso di neuropatologia di Clermont-Ferrand, in seguito alla relazione presentata da Ballet, oggetto di una discussione nutrita (V. i Resoconti del Congresso), la quale discussione però diede luogo a conclusioni poco esplicite.

Natura e definizione dell'isterismo. — L'isterismo è, in primo luogo, una malattia mentale. Fino a che non si conosceranno le modificazioni intime degli elementi cellulari dei centri nervosi, che costituiscono il substrato anatomico delle manifestazioni dell'isterismo, tutte le definizioni puramente fisiche di questa nevrosi debbono essere abbandonate. Così gli autori che in questi ultimi tempi hanno tentato di dare una nuova definizione, cercarono, e con ragione, di raccogliere i sintomi intorno ad un fenomeno morale.

Moebius e Strümpell considerano come isteriche tutte le modificazioni patologiche del corpo, che sono determinate da idee, rappresentazioni mentali (*durch Vorstellungen*), e definiscono la nevrosi come " un insieme di malattie da idea, da rappresentazione mentale „. Questo concetto non può essere applicato che a certi isterici, non a tutti. Oppenheim, Jolly, Pierre Janet, hanno fatto notare che un grande numero di sindromi isteriche non sembrano dipendere da una rappresentazione mentale; gli accessi, i sonnambulismi, i delirii risultano da una lunga serie di sensazioni e di pensieri svariatissimi, che evidentemente non erano stati in nessun modo previsti dall'ammalato. Altri autori insistettero sullo sdoppiamento della personalità, sui fenomeni di disaggregazione mentale, sull'ufficio delle idee subcoscienti, ecc. Noi crediamo che si possa dire con P. Janet: L'isterismo è una psicosi " appartenente al gruppo delle malattie mentali da insufficienza cerebrale, ed è specialmente caratterizzato da sintomi morali, il principale dei quali è un indebolimento della facoltà di sintesi psicologica „. Ne viene che un certo numero di fenomeni elementari, sensazioni ed immagini, cessano di essere percepite e sembrano escluse dalla percezione personale, donde una tendenza alla scissione permanente e completa della personalità, alla formazione di parecchi gruppi, indipendenti gli uni dagli altri. Questo stato favorisce la formazione di certe idee parassite, che si sviluppano isolatamente all'infuori del controllo della coscienza

personale e si manifestano coi disturbi più svariati d'apparenza fisica. Tuttavia non si devono dimenticare i numerosi fenomeni organici, che si constatano negli isterici, i disturbi della nutrizione generale, i disturbi trofici e vasomotorii; questi sintomi evidentemente sono anch'essi in connessione colle perturbazioni psichiche dominanti lo stato morboso, ma noi non conosciamo ancora il legame, il meccanismo fisiologico che unisce fra di loro questi due ordini di fenomeni.

Terapia. — La terapia dell'isterismo comprende una *cura generale*, applicabile indistintamente a tutte le manifestazioni della nevrosi, ed una *cura speciale*, che trae le sue indicazioni dalla natura di ogni singolo caso (1).

Cura generale. — In ogni malattia la cura generale ha per iscopo di fare scomparire o di modificare la causa che presiedette allo scoppio degli accidenti. L'isterismo non potrebbe far eccezione a questa regola e, se ricordiamo che il " grande simulatore „ è oggi considerato come una malattia d'ordine psichico, con ciò stesso avremo stabilito il carattere assolutamente psichico della cura da applicare (2).

Abbiamo visto nello studio fatto sin qui l'enumerazione delle cause che possono prender posto tra gli agenti provocatori dell'isterismo. Sappiamo che un'impressione viva, uno *shock* morale, un traumatismo psichico, che sarebbero rimasti senza conseguenze per un individuo ben equilibrato, possono assumere nell'isterico una grande importanza. L'isterico non sa apprezzare giustamente le cose; certi fatti gli sfuggono, altri prendono il carattere di ossessioni e sono punto di partenza per vere " idee fisse „. Ora l'idea fissa, incosciente, si impone tenace, imperiosa, alla debole mente dell'individuo, che non può liberarsene; altre volte l'idea non viene percepita, rimane fuori del campo di coscienza, nella penombra dell'intelligenza. Situata fuori della percezione, sottraendosi alla volontà, dà luogo ad associazioni, il cui meccanismo intimo ci sfugge e la cui risultante è una manifestazione isterica. Insomma è un' " idea „ cosciente o subcosciente che presiede ai fenomeni isterici.

Trovare anzitutto quest'idea, poi distruggerla o modificarla, sono i due atti in cui si divide il trattamento psichico dei fenomeni isterici.

a) *Ricerca dell'idea che ha presieduto agli accidenti.*

In certi casi questa ricerca è molto facile. Se l'individuo ha coscienza della sua ossessione, se si tratta d'uno di quei casi frequenti, nei quali l'inizio dei fenomeni venne contrassegnato da un'emozione comune, volgare, da uno spavento, se il medico ha potuto ottenere la fiducia dell'ammalato, non vi ha nessuna difficoltà. L'ammalato è rimasto sotto un'impressione sgradevole, terrifica e non può scacciare dalla sua mente il ricordo della scena penosa, alla quale si trovò implicato. Di tanto in tanto i ricordi prendono un'intensità eccessiva e scoppia bruscamente una manifestazione isterica. Spesso allora l'ammalato ricorda cogli atteggiamenti, coi gesti, colle grida, le cause che furono origine dell'accidente.

Ma sovente la soluzione del problema è molto più delicata. Le associazioni delle idee sono rimaste allo stato subcosciente; l'ammalato non ha mai conosciuto l'idea generatrice degli accidenti e l'interrogatorio, fatto nelle condizioni normali, non può rivelar nulla. Talvolta i fatti che avevano colpito l'immagi-

(1) Questo paragrafo, per circostanze imprevedibili, non potè essere redatto da Dutil (*E. Brissaud*).
(2) Vedi Babinski, Hypnotisme et Hygiène; *Gaz. hébd.*, 1891.

nazione sono dimenticati; sono rientrati nel campo dei fenomeni subcoscienti. Altre volte ancora la timidità, il rispetto umano, o qualsiasi altra causa, impediscono all'individuo di rivelare il suo segreto.

Allora si può far intervenire come processo terapeutico il sonno ipnotico. Sotto l'influenza dell'ipnosi, l'ammalato estende il suo campo di coscienza e percepisce impressioni ed idee che, allo stato di veglia, erano passate senza eccitare la sua attenzione. Ritrova il ricordo di fatti dimenticati ed, al nostro invito, li racconta. Infine l'ipnotizzatore può imporre la sua volontà all'ipnotizzato e chiedergli imperiosamente notizie di fatti che gli sono tenuti nascosti.

Non bisogna però credere che l'ipnosi sia un procedimento infallibile e che basti determinare tale stato speciale per ottenere da un paziente le confessioni che la cura richiede. Gli insuccessi non sono rari ed i successi spesso non si ottengono se non dopo sforzi ripetuti.

Neanche quando non si potè trovare l'" idea " non si deve abbandonare la cura psichica, e si può ancora agire sullo stato mentale, sia nell'ipnosi, sia durante la veglia; ma bisogna conoscere bene il proprio ammalato e a ciò occorrono molto tempo, molta pazienza e uno studio serio del suo carattere e dei lati deboli della sua intelligenza. Soltanto in queste condizioni si potrà fare opera utile colla psicoterapia ed ottenere risultati serii.

b) *Modificazioni o distruzione dell'idea.* — Supponiamo ora di conoscere la genesi delle associazioni cerebrali che hanno determinato l'accidente isterico. L'idea è trovata. Si possono usare i due procedimenti già indicati; si può agire cioè nello stato di veglia oppure nel sonno ipnotico.

Nello stato di veglia trovano ancora applicazione le indicazioni formulate sopra. Dobbiamo ispirare fiducia all'individuo, dimostrargli l'influenza disastrosa che gli accidenti possono avere sulla sua salute, destare in lui il desiderio imperioso di guarire. Poi si cercherà di attenuare la cattiva impressione prodotta dall'accidente, si persuaderà l'ammalato che il trattamento sarà infallibile e si ricorrerà a quel metodo di cura, che meglio colpirà la sua immaginazione.

Se l'idea è rivelata nel sonno ipnotico, si deve agire subito. In generale bisogna trasportare l'individuo coll'immaginazione nell'ambiente in cui l'idea è nata; farsi raccontare i fatti nei loro minimi particolari, far rivivere la scena, nella quale i fenomeni ebbero origine; allora si cercherà di distruggere o di modificare l'" idea ". Se la si vuole distruggere, si persuaderà l'ammalato che i fatti non andarono com'egli se li rappresenta, e si insisterà sino a fargli ammettere d'essersi ingannato. Gli si comanderà di dimenticare quella pagina della sua vita, si cancellerà addirittura dalla sua mente quel dato fatto. Se invece si vuole soltanto modificare l'idea, si cangierà l'ossessione terrifica in un'idea indifferente o gradevole. Questo processo è talvolta più facile e permette in certi individui di distruggere più tardi l'idea precedentemente modificata.

Come ben si comprende, questa terapia psichica varia da individuo a individuo, ed è impossibile dare delle regole precise; ci limitiamo perciò a qualche indicazione generale.

Ma vi è un argomento sul quale dobbiamo subito insistere, ed è quello che riguarda le indicazioni e controindicazioni dell'ipnosi.

L'ipnotizzare un ammalato non è cosa interamente inoffensiva. Il sonno ipnotico produce sempre un certo perturbamento nella funzione cerebrale. L'ipnotizzazione ripetuta può esagerare l'isterismo. Furono visti degli isterismi latenti manifestarsi in seguito all'ipnosi, e non è raro di veder venire in scena degli accessi isterici durante il sonno provocato. Infine, dopo aver fatto

scomparire un fenomeno benigno durante il sonno isterico, si può assistere, allo svegliarsi, ad una manifestazione molto più grave. Per tutte queste ragioni, per quanto sia seducente la cura coll'ipnosi, non si deve metterla in atto alla leggiera, senza riflettervi. *L'ipnosi deve essere riservata ai casi gravi*, e per casi gravi intendiamo quelli che disturbano la vita sociale degli ammalati. Nei casi benigni è necessario mantenersi riservati.

Ricorderemo pure i consigli dati da Pitres a proposito dell'ipnotizzazione. Prima di far addormentare l'ammalato, bisogna avere il suo consenso e, se si tratta di una donna, non la si addormenterà mai senza testimoni.

Non è il caso di descrivere i varii metodi usati per determinare lo stato ipnotico; diremo solo che il più generalmente usato è l'occlusione delle palpebre, con o senza pressione sui globi oculari, insieme col comando imperioso di " dormire ". Si ricorse talvolta anche alla fissazione dello sguardo, alla contemplazione di un oggetto brillante o di una luce viva, alla produzione improvvisa di un rumore.

Accanto alla suggestione ipnotica si devono ricordare i numerosi metodi di suggestione allo stato di veglia, i quali pure fan parte della cura psichica dell'isterismo.

Charcot ha insistito da lungo tempo sulla favorevole influenza dell'*isolamento* nell'isterismo. Questo metodo, sistematizzato da Weir Mitchell, è quello che dà i risultati di gran lunga migliori. L'unico inconveniente — per vero dire solo apparente — è la riluttanza delle famiglie, che non comprendono il meccanismo dei vantaggi che dà. Bisogna sempre superarlo. Le mezze misure non servono a nulla. Gli ammalati si debbono togliere dall'ambiente in cui sono vissuti; conviene allontanarli dai parenti e prometter loro il ritorno in famiglia soltanto come premio della ottenuta guarigione.

Il mutamento che il *matrimonio* determina nella vita della donna produsse qualche volta dei miglioramenti ed anche delle guarigioni; ma non avviene sempre così, ed in proposito i consigli del medico non saranno mai troppo riservati.

Le cure spettacolose, le prescrizioni impressionanti, i pellegrinaggi, la metalloterapia, [l'elettroterapia], la calamitazione, il transfert colla calamita o " a due " possono, eccitando l'attenzione dell'ammalato, fare scomparire o attenuare l'idea fissa e contribuire alla guarigione.

Finalmente, non dobbiamo dimenticare nella cura generale l'igiene, i tonici, il ferro, l'idroterapia, [la franklinizzazione].....

Cura speciale. — Alcune indicazioni speciali furono esposte nei capitoli precedenti a proposito dello studio delle diverse manifestazioni isteriche. Ora le ricorderemo in poche parole.

Negli *accessi convulsivi* sono di uso comune la suggestione verbale, le inalazioni d'etere, l'aspersione coll'acqua fredda, la rivulsione (senapismi, faradizzazione), e specialmente la compressione delle zone spasmo-frenatrici, [della fronte, dei lati della trachea; il dare alla paziente, nei casi d'aumentata eccitabilità muscolare, un atteggiamento al riso, alla preghiera, ecc., eccitando colla pressione i muscoli mimici o degli arti corrispondenti (Silva)]. Questi mezzi possono momentaneamente far cessare l'accesso, ma non hanno nessuna influenza sulla sua riproduzione. L'ultima risorsa è l'ipnosi. Del resto dobbiamo dire che questa manifestazione dell'isterismo sembra una delle più ribelli alla cura psichica.

L'*anoressia isterica* e i *vomiti* scompariranno spesso colla lavatura dello stomaco e l'alimentazione colla sonda, ma non si può sempre farvi assegnamento.

Negli *accessi di spasmo della glottide*, si usa con successo l'etere, inalato con una semplice compressa. È però da notare che l'accesso finisce spontaneamente, quando minaccia la soffocazione.

Le *contratture* (coxalgia, monoplegia) si debbono combattere col massaggio e coi movimenti forzati appena si sono prodotte. Quando sono curate fin dall'inizio, di rado persistono; si può dire, del resto, altrettanto di tutti gli accidenti isterici; cosicchè si è autorizzati a formulare la regola generale " che non bisogna lasciare alle manifestazioni della nevrosi il tempo di acclimatarsi „.

Gli interventi operatorii (ovariotomia) che avevano un tempo degli adepti, sono ora abbandonati; nella cura generale dell'isterismo, all'infuori degli interventi richiesti dalle retrazioni tendinee, la chirurgia non deve mai entrare in scena.

Terminando questo rapido cenno sulla cura speciale di alcune manifestazioni isteriche, ci teniamo a ripetere che la cura psichica merita sempre il primo posto. Si tratti poi di una coxalgia isterica o di un'anoressia, abbia l'ammalato degli accessi convulsivi o sia affetto da spasmo della glottide, la cura, nelle sue linee generali, non cangia mai. Non temiamo di ripeterlo, l' " isolamento assoluto „ è indicato in ogni caso.

Insomma, essendo l'isterismo una malattia psichica, si richiede una cura psichica. Colpire l'immaginazione dell'ammalato coll'espediente dei metodi più svariati, agire colla suggestione, diretta od indiretta, fortificare la debole volontà dell'individuo: ecco gli scopi della cura. I procedimenti possono variare, ma la meta rimane sempre la stessa.

APPENDICE

SULLE VERTIGINI AURICOLARI IN GENERALE
e sulla
MALATTIA O SINDROME DI MENIÈRE

pel Dottor G. GRADENIGO
Prof. di Oto-rino-laringojatria nell'Università di Torino

Il sintoma *vertigine* può essere determinato, come è noto, da malattie di un organo centrale, il cervelletto, oppure per via reflessa, per eccitazione di differenti organi periferici (orecchio, occhio, stomaco, laringe, naso, ecc.). Noi ci occuperemo qui soltanto di quelle forme di vertigini che stanno in rapporto con lesioni dell'organo dell'udito.

La insorgenza della vertigine nelle affezioni dell'orecchio è determinata dalla eccitazione di quella parte di quest'organo, la quale serve al senso statico. Quantunque non siano ancora perfettamente definiti tutti i punti concernenti la funzione delle singole parti costituenti il labirinto membranoso, tuttavia devesi ormai ammettere, sulla base soprattutto dei fatti clinici, che i canali semicircolari col loro apparecchio ampollare servono all'equilibrio del capo e del corpo. Questo spiega come disturbi del senso statico si incontrano assai di frequente nelle malattie dell'orecchio e principalmente in quelle forme, nelle quali si è portati ad ammettere una eccitazione dell'apparecchio ampollare.

La vertigine da causa auricolare non ha per sè caratteri clinici che valgano a differenziarla da altre vertigini legate a disturbi di altri organi, bensì però se ne differenzia per sintomi accessorii ai quali si accompagna, soprattutto i rumori subbiettivi di orecchio e la diminuzione nella acuità uditiva.

La vertigine può avere vari gradi di intensità, non solo nei differenti individui che ne sono colpiti, ma nei singoli accessi presso lo stesso individuo. Quando è leggiera sembra al paziente che gli oggetti che lo circondano si muovano in una data direzione; se è più intensa non sono soltanto gli oggetti che sembrano muoversi, ma il paziente stesso si sente trasportato in direzione opposta a quella del movimento apparente degli oggetti, e può o no, a seconda dei casi, resistere a questa tendenza di cadere. Di solito il lato verso il quale è trascinato il paziente è quello dell'orecchio ammalato. Se la vertigine è molto intensa, il paziente cade a terra proiettato violentemente in una determinata direzione o è costretto a cercare conveniente appoggio. È importante notare che neppure quando raggiunge tale intensità la vertigine non si accompagna a perdita di coscienza; se la perdita di coscienza esiste deve considerarsi come un epifenomeno, come qualche cosa di distinto dalla vertigine.

Strettamente legati invece a tale forma di vertigine sono i rumori subbiettivi i quali l'accompagnano quasi costantemente e sono anch'essi l'espressione

dell'eccitamento del labirinto, e cioè di quella parte che serve alla percezione dei suoni. I rumori se, come è il caso più frequente, esistono già prima, diventano di solito più intensi prima e durante l'accesso di vertigine; se non esistono, abitualmente compaiono spesso precedendo l'accesso, e costituiscono una specie di aura prodromica; in taluni rari casi i rumori abituali cambiano, nell'accesso, di tonalità, oppure cessano per poco tempo del tutto. Per lo più i rumori sono di tonalità acuta, spesso acutissima (do 4° e do 5°).

Alle vertigini si collegano sovente disordini di motilità: uno dei più frequenti è il barcollamento o incertezza nel cammino; però, come fu detto, il senso di vertigine non si accompagna necessariamente a disordini obbiettivi nei movimenti del corpo, e d'altra parte il barcollamento e i disturbi di equilibrio in genere possono benissimo esistere senza senso subbiettivo di vertigine. Questa anzi è la regola quando i disturbi di equilibrio non sono molto intensi, nei quali casi bisogna ricorrere a speciali espedienti per mettere questi ultimi in evidenza. Sembra si possa affermare inoltre che mentre il senso di vertigine è sempre in rapporto con una eccitazione abnorme dell'apparecchio ampollare, il barcollamento nel cammino e i disturbi di equilibrio possono provenire altresì dalla abolizione di funzione di detto apparecchio e vengono corretti gradatamente nel soggetto privo dell'apparecchio ampollare dalla sostituzione funzionale di altri apparecchi, soprattutto della vista.

Anche per i disturbi di equilibrio si possono distinguere vari gradi. Quando essi sono molto intensi il paziente non può, si può dire, muovere neppure la testa senza sentirsi irresistibilmente trascinato in una determinata direzione; in tali casi il cammino anche con appoggi riesce impossibile. In un grado minore il cammino è possibile con difficoltà e con appoggi; in un grado ancora minore il paziente può camminare da solo, ma a zig-zag e ad occhi aperti, con tendenza a deviare a preferenza verso un lato. Quando il senso di incertezza nei movimenti è ancora minore, esso non si rivela che in particolari movimenti od attitudini; tra questi ricorderemo il rapido girare del paziente su sè stesso attorno ad un asse verticale, il camminare con gli occhi rivolti in alto, il camminare ad occhi chiusi, lo stare su ambidue i piedi avvicinati o su un piede solo ad occhi aperti o chiusi, ecc. De Stein di Mosca in una serie di accurate ricerche, pubblicate nel 1895 nella *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, ha studiato minutamente le modalità sopra accennate ed altre ancora, ed ha cercato di metterle in rapporto colla sede delle lesioni auricolari; ha inoltre proposto l'uso di un particolare strumento per modificare artificialmente le condizioni di equilibrio e poterle rappresentare con cifre. L'istrumento si compone essenzialmente di una tavola, sulla quale monta in piedi l'individuo da esaminare e la quale può essere gradatamente inclinata sulla orizzontale di un angolo che si può misurare. Tale strumento con qualche modificazione è impiegato per ricerche sui disturbi del senso statico anche nella mia Clinica e le risultanze di una serie di osservazioni furono pubblicate dal dottor Luzzati nell'*Archivio italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia*, 1894.

Le vertigini auricolari, quando sono molto intense, si accompagnano facilmente — al pari di quelle da altra causa — a nausea ed a vomiti. Possono osservarsi altresì fenomeni vasomotorii varii: pallore del viso, sudori profusi, modificazioni del polso, ecc.

Il sintoma vertigine nelle affezioni dell'organo dell'udito può insorgere per via riflessa e collaterale in seguito ad eccitazione dell'orecchio esterno o medio, o per via diretta per lesioni labirintiche.

Vertigini reflesse. — Le vertigini reflesse possono distinguersi in due gruppi principali a seconda che conseguono a stimoli che si esercitano artificialmente sull'orecchio esterno e medio, o sono il risultato di un'abnorme eccitazione di queste parti legata ad affezioni morbose. Per quanto concerne il primo gruppo esse possono venir provocate dai più differenti stimoli portati sia sulle pareti del condotto ud. est., e sulla membrana timpanica integra, sia sull'orecchio medio od attraverso una perforazione della membrana o per via della tromba d'Eustachio. Tali vertigini artificialmente provocate hanno per caratteri di insorgere subito dopo l'azione dello stimolo, di essere per intensità in qualche modo proporzionali nello stesso individuo alla intensità dello stimolo stesso, di cessare spontaneamente subito o qualche tempo dopo la cessazione dello stimolo.

Quale è il meccanismo per il quale si produce la vertigine in tali casi? L'osservazione clinica lascia riconoscere un doppio modo di insorgenza, e cioè un'azione reflessa sull'apparecchio ampollare dello stimolo esercitato sulle parti periferiche dell'orecchio ed una eccitazione indiretta di questo causata da un improvviso aumento di pressione nel labirinto, quando lo stimolo periferico agisce causando lo spostamento all'indentro della base della staffa. Ambidue questi momenti si combinano di solito in pratica per dar luogo alla vertigine artificiale; ad esempio un getto d'acqua spinto con violenza attraverso il condotto contro la membrana del timpano integra così da spostare all'interno la membrana ed attraverso alla catena delle ossicina produrre un improvviso aumento della pressione labirintica non darà di solito origine a vertigini se al momento meccanico della impulsione non resta aggiunto un altro momento che agisce per via reflessa, la temperatura o troppo bassa o troppo elevata dell'acqua adoperata.

Più facilmente e con maggiore intensità resta esplicato il fenomeno quando venga direttamente stimolata la parete vestibolare della cassa, attraverso ad una perforazione della membrana; in tal caso la forza di proiezione del getto d'acqua può essere anche assai debole e può non essere necessario lo stimolo termico.

In persone con isquisita eccitabilità nervosa la vertigine può essere provocata dal tocco anche leggiero della parte profonda del condotto e della membrana, dalla brusca compressione dell'aria nella cavità timpanica in seguito al soffiarsi del naso, dal tocco collo specillo delle pareti della cassa o di granulazioni provenienti dalla cassa stessa, ecc. Le vertigini così prodotte possono in alcuni casi essere tanto intense da associarsi a nausea, a lipotimia, a veri accessi convulsivi. Ricordo d'aver osservato un uomo, nel quale il semplice contatto di un getto d'acqua con poca forza di proiezione contro un tampone di cerume, che occludeva il condotto, dava costantemente origine ad un accesso di lipotimia, in apparenza grave. In una giovane donna portatrice di larghe perforazioni delle due membrane il lavacro dell'orecchio con acqua anche tiepida provocava accessi convulsivi. Sarà bene tener conto in pratica di questa possibilità ed in generale non procedere ad un lavacro di un orecchio da esaminare se non dopo aver riconosciuto la integrità della membrana timpanica. Il lavacro deve poi essere sempre iniziato con pressione assai leggiera, la quale potrà venire accresciuta solo quando si abbia riconosciuto che non insorgono fenomeni reflessi.

Per dettagli su questo soggetto vedasi il capitolo speciale dedicato alle zone isterogene dell'organo dell'udito nella mia pubblicazione: *Sulle manifestazioni auricolari dell'isterismo*, Torino, Unione Tip.-Editrice, 1895.

Le vertigini che accompagnano alcune affezioni dell'orecchio medio ed esterno possono riconoscere differenti meccanismi di produzione, e talora rappresentano una forma di transizione tra quelle da eccitazione indiretta e quelle da eccitazione diretta dell'apparecchio ampollare.

Quelle che insorgono per presenza di cerume o di corpi stranieri nel condotto uditivo esterno sono paragonabili per la genesi a quelle causate da stimoli artificiali portati sull'orecchio esterno. Per quelle legate a raccolte di essudati nella cassa, a retrazione timpanica di alto grado da stenosi tubaria, ad affezioni infiammatorie acute dell'orecchio, parecchi fattori possono essere invocati, i quali d'ordinario si combinano variamente tra loro nei singoli casi: i principali tra questi sono un'azione reflessa sull'apparecchio di percezione per la eccitazione della mucosa della cassa, un aumento di pressione labirintica per ispostamento all'interno della base della staffa e della membrana della finestra ovale, finalmente una iperemia collaterale dell'apparecchio ampollare per diffusione dell'iperemia della mucosa timpanica attraverso la sottile lamella ossea che divide le due cavità. Tali forme di vertigini possono comparire ad accessi e come vedremo rappresentano allora una forma spuria di *vertigine di Menière;* esse si incontrano a preferenza in individui di temperamento nevrosico.

Vertigini da eccitazione diretta del labirinto. — Maggiore importanza di quelle ora descritte hanno in pratica le vertigini, le quali riconoscono per origine una lesione diretta dell'apparecchio ampollare. Sulla loro classificazione regnano ancora oggi molte divergenze; io esporrò qui la divisione che mi pare risponda meglio ai risultati dell'osservazione clinica.

Anzitutto conviene notare che le vertigini devono considerarsi come il risultato della eccitazione di determinate parti del labirinto membranoso; quando il processo morboso è tale da causare rapidamente la distruzione di queste, o quando queste sono andate distrutte da tempo, il fenomeno vertigine non si produce oppure è poco manifesto e transitorio. *Le vertigini si incontrano per eccellenza in quelle forme infiammatorie o traumatiche del labirinto che non ne compromettono troppo rapidamente la integrità.*

Due forme principali si possono distinguere delle vertigini da causa diretta a seconda che sono continue oppure compaiono ad accessi; le continue presuppongono una intensa eccitazione diretta dell'apparecchio ampollare, quelle ad accessi possono esser prodotte o da stimoli indiretti di detto apparecchio per affezioni di parti vicine del labirinto membranoso, per lo più del vestibolo, o da stimoli diretti leggieri dell'apparecchio ampollare che si ripetono ad intervalli.

La genesi delle vertigini ad accessi e di quelle continue è adunque diversa; i due tipi meritano perciò di venir tenuti distinti tra loro anche nel riguardo clinico. Una delle principali cause di malintesi e di confusione nella classificazione delle vertigini auricolari deriva da ciò che, come vedremo, sull'esempio di Menière stesso si riunirono col nome di *malattia di Menière* tutte le vertigini legate ad affezioni auricolari; di un semplice sintoma si volle fare una forma nosologica.

Riservandoci di trattare in uno speciale capitolo della sindrome di Menière, per la frequenza con cui si riscontra in pratica, ci occuperemo dapprima delle *vertigini a tipo continuo* da diretta eccitazione labirintica.

L'anatomia patologica ci dimostra che il labirinto membranoso è non di rado sede di processi morbosi infiammatori, svolgentisi talora per localizzazione primitiva nel labirinto di una infezione generale, più spesso per diffusione di

un processo infettivo al labirinto dal cavo cranico, o dalla cavità timpanica. Tutte le volte che le lesioni si estendono all'apparecchio ampollare e non sono troppo intense per cagionare la distruzione rapida di questo senza periodo apprezzabile di eccitazione funzionale, la vertigine, che, come si è detto, è l'espressione clinica di questa eccitazione, può riscontrarsi; mentre essa può mancare del tutto od essere poco manifesta quando la distruzione del labirinto accade in modo assai rapido. In quest'ultimo caso, poichè il labirinto è tutto colpito, la clinica ci dimostra la insorgenza improvvisa di fenomeni di mancata funzione dell'organo di percezione dei suoni (sordità), e dell'organo del senso statico (incertezza e barcollamento nel cammino). Avvi però differenza nei due gruppi di fenomeni: mentre la sordità resta irrimediabile e completa, l'incertezza dei movimenti si attenua e sparisce poi del tutto, di solito nel corso di pochi mesi, di mano in mano che altri apparecchi di senso suppliscono alla mancanza del senso statico auricolare. Un'altra differenza è da segnalare a questo proposito tra l'apparecchio cocleare e quello ampollare nei casi di rapida distruzione di ambidue; mentre mancano le vertigini, espressione dell'eccitazione morbosa del secondo, i rumori subbiettivi, espressione dell'eccitazione del primo, durano per lunghi anni e solo molto tardi scompaiono del tutto. È comune ai due apparecchi nel caso che consideriamo un aumento abnorme dell'eccitabilità galvanica, il quale si conserva a lungo.

Quando un processo morboso svolgentesi nel labirinto ha un decorso meno rapido, l'eccitazione dell'apparecchio ampollare è intensa e prolungata, e le vertigini occupano un posto eminente nel quadro morboso. L'ammalato è côlto allora d'improvviso da vertigini, nausea e vomito, con sordità, rumori subbiettivi intensi di varia tonalità, malessere, ecc.; anche con appoggio è impossibilitato a camminare ed è costretto a tenere il letto. Il senso di vertigine si esacerba specialmente ad ogni movimento del capo. I fenomeni accennati si attenuano progressivamente; la nausea ed il vomito scompaiono dopo alcune ore; dopo alcuni giorni l'ammalato può già alzarsi e muovere qualche passo con appoggi; più tardi conserva soltanto, oltre ad un determinato grado di sordità, un leggiero stato vertiginoso. Se l'andamento del processo morboso è ancora meno rapido, anche lo stadio vertiginoso riesce meno intenso, ma più prolungato. Finalmente se il processo che ha sede nel labirinto si svolge con grande lentezza e ha piuttosto carattere di fatto involutivo, la vertigine può affatto mancare in tutto il decorso della malattia.

Non è senza interesse lo stabilire che alle differenti modalità cliniche ora segnalate, corrispondono di solito differenti qualità di infezione. Tipo della distruzione rapida del labirinto senza fenomeni di eccitazione e perciò di solito senza vertigine è la otite interna da orecchioni o da parotite, forma morbosa relativamente assai rara (nella letteratura non mi fu dato raccoglierne fino a tre anni or sono che 38 casi, ai quali posso aggiungerne tre di mia osservazione). In questa forma il labirinto membranoso può andare irreparabilmente distrutto nello spazio di una notte. A tale forma di otite interna può venire avvicinata la nevro-labirintite purulenta da meningite cerebro-spinale abortiva, nella quale ultima affezione però i sintomi della malattia generale mascherano di solito quelli di una eventuale eccitazione del labirinto.

Le labirintiti da sifilide acquisita, da leucemia, da cause reumatiche, si accompagnano invece di solito a vertigini intense continue per alcuni giorni. Le labirintiti da sifilide ereditaria per lo più secondarie ad affezioni dell'orecchio medio hanno decorso protratto e presentano uno stadio a vertigini continue

della durata di alcuni mesi ad un anno. Finalmente sogliono mancare fenomeni di eccitazione ampollare apprezzabili nelle otiti interne per professione in mezzo a rumori (calderai, fabbri, ecc.), nelle involuzioni senili del labirinto, ecc.

Si comprende che allorquando il processo morboso nel labirinto presenta delle esacerbazioni, degli aggravamenti improvvisi, potranno aversi nel decorso dell'affezione parecchi periodi vertiginosi. Questi si osservano per eccellenza nelle labirintiti apoplettiformi, soprattutto legate a sifilide acquisita e alla leucemia. In due casi da me osservati alle apoplessie del labirinto si accompagnavano apoplessie della retina da lesioni specifiche vascolari; la diagnosi del processo morboso nel labirinto poteva fino ad un certo punto farsi per analogia in base a quanto si osservava avvenire nel fondo dell'occhio. Dal ripetersi, in tali forme di otiti interne, di successivi periodi vertiginosi in rapporto colle apoplessie risulta un quadro morboso molto simile a quello della vera sindrome di Menière, cioè di vertigini sopravvenienti ad accessi, ma detto quadro può, di solito, venirne differenziato e per la lunga durata (giorni) dei singoli periodi in confronto alla assai più corta durata degli accessi tipici (ore), e per il numero dei periodi che per lo più nella intera evoluzione della otite interna non superano la mezza dozzina, mentre il numero degli accessi tipici di Menière suole essere assai più grande, e per l'aggravamento notevole nel grado di sordità che segue ciascun periodo, mentre tale aggravamento o è leggiero o manca dopo l'accesso. Come vedremo esistono anche sintomi funzionali che permettono di differenziare la labirintite apoplettiforme dalla vera sindrome di Menière. Non devesi ad ogni modo negare la possibile esistenza di forme di transizione tra le due affezioni.

Diagnosi. — La comparsa improvvisa di rumori di orecchio intensi, la grave diminuzione dell'acuità uditiva e talvolta la iperacusia dolorosa, fenomeni di solito unilaterali, valgono a richiamare l'attenzione dell'ammalato e del medico sull'orecchio come causa delle vertigini da affezione labirintica. In taluni rari casi però, soprattutto quando l'affezione auricolare è una complicazione di malattie infettive a decorso acuto come l'influenza e la meningite cerebro-spinale, i sintomi generali possono mascherare i fenomeni di reazione auricolare e allora la diagnosi può presentare qualche difficoltà. L'esistenza di una sordità di alto grado a reperto timpanico negativo, i caratteri funzionali di detta sordità riferibili ad una affezione del labirinto sono buoni criteri per fare ammettere l'origine auricolare della vertigine. In tali casi in effetto il diapason collocato al vertice viene percepito dal lato dell'orecchio sano; se la sordità non è troppo grave, la percezione del tuono di un diapason basso, è migliore per via aerea di quello che per via osteo-timpanica (a distanza uditiva per la voce afona inferiore ad 1 metro); finalmente l'esame della durata di percezione per i singoli tuoni rivela difetto prevalente per i tuoni acuti al disopra di do 3°. La diagnosi differenziale colla vertigine di Menière tipica si fa soprattutto in considerazione dei caratteri della vertigine, la quale, continua nelle otiti interne, sopravviene invece in forma di accessi nella sindrome di Menière; i caratteri funzionali sono anch'essi differenti nella vertigine di Menière perchè, come vedremo, accennano ad un grave ostacolo nella trasmissione dei suoni.

Assai più difficile è la diagnosi differenziale tra le vertigini legate ad affezioni del labirinto e quelle in rapporto con processi morbosi endo-cranici, soprattutto del nervo acustico e dei suoi centri. La patologia di quest'ultimo

gruppo di malattie è ancora, si può dire, da fare; si comprende perciò come si possano ancora difficilmente precisarne i caratteri clinici.

È noto come l'esame funzionale dell'organo dell'udito, che pure ci dà indicazioni così sicure per distinguere le malattie dell'apparecchio di trasmissione dei suoni da quelle dell'apparecchio di percezione, non ci permette di differenziare le affezioni delle singole parti dell'apparecchio di percezione stesso e cioè del labirinto in confronto al nervo acustico e centri. Da una serie di mie osservazioni, le quali hanno però bisogno di venire confermate da ulteriori ricerche, risulterebbe che nelle affezioni dei centri auricolari endocranici non esiste, come nelle malattie del labirinto, una diminuzione di percezione prevalente per i tuoni acutissimi, ma si riscontra piuttosto detta diminuzione per i tuoni medî della scala musicale. Inoltre nelle affezioni endocraniche le variazioni nell'acuità uditiva sono molto più frequenti ed estese per uno stesso orecchio che non nelle affezioni labirintiche. Ma i migliori criteri per una diagnosi differenziale debbono senza dubbio essere cercati nei risultati di un esame accurato del sistema nervoso. Non bisogna a questo proposito dimenticare, che può trattarsi della coincidenza in uno stesso ammalato di affezioni periferiche del labirinto con lesioni varie del sistema nervoso centrale, talvolta dovute alla stessa causa infettiva; in tal caso si commetterebbe un errore quando si volesse considerare una sordità di origine labirintica quale uno dei sintomi ad es. di una paralisi generale. Io ricordo di aver riscontrato in uno stesso soggetto l'esistenza di una doppia labirintite a decorso cronico insieme a sintomi che attestavano una affezione a focolaio del cervello; ambedue queste lesioni erano legate a una pregressa infezione specifica, ma la labirintite era di data molto più antica e in qualche modo indipendente per decorso in confronto alla affezione endocranica.

Nella anestesia o ipoestesia acustica da isterismo manca di solito il sintoma vertigine, o sopravviene irregolarmente in determinati periodi della malattia. Inoltre la diminuzione della durata di percezione è per lo più uniforme per i differenti tuoni della scala musicale. Come è noto, altre ed importanti stigmate permettono di porre la diagnosi.

Prognosi. — La prognosi delle vertigini auricolari è quella stessa delle labirintiti alle quali esse sono legate. Questa varia a seconda della natura dell'infezione, e della durata ed intensità di questa. La prognosi migliore quanto al ricupero di un maggiore o minor grado di audizione, si ha nelle otiti interne specifiche quando la cura sia fatta energicamente e in periodo precoce della malattia; più grave è la prognosi nelle labirintiti da sifilide ereditaria, da influenza, da leucemia. È gravissima nelle otiti interne da orecchioni e da meningite cerebro-spinale nelle quali, ove non sopravvenga spontaneamente un miglioramento nel declinare o nel periodo di convalescenza della affezione generale, è regola che resti una sordità assoluta.

Cura. — La cura deve essere diretta contro il processo infettivo, causa della otite interna. Così nella sifilide si ricorrerà con vantaggio alle iniezioni intramuscolari di sublimato corrosivo (un centigrammo al giorno), alla somministrazione di joduri alcalini misti, ecc. I joduri alcalini possono dare buoni risultati anche in altre forme di labirintite, in alcune otiti da professione, nei processi involutivi senili a decorso lentissimo che stanno spesso in rapporto con lesioni vascolari. Le iniezioni ipodermiche di cloroidrato di pilocarpina, tanto vantate per lo passato, pare dieno buoni risultati solo nelle

forme specifiche; e un'abbondante sudazione, che in alcuni casi può riuscire utile, si ottiene più semplicemente ed efficacemente con bagni a vapore. In genere le otiti interne non legate a sifilide acquisita si lasciano poco influenzare dalla cura. L'uso del jodio metallico, sia per bocca sia per iniezioni intramuscolari, continuato a lungo, mi è parso in taluni casi dare buoni risultati.

Assolutamente controindicata è la elettricità galvanica, la quale nelle forme di data antica non vale a portare miglioramenti apprezzabili e nelle forme acute è causa di un aggravamento nel decorso della malattia.

Non si dimenticherà nella cura delle otiti interne il trattamento delle lesioni più o meno gravi dell'orecchio medio, le quali debbono probabilmente considerarsi come la causa predisponente alla localizzazione nell'orecchio interno della infezione generale.

MALATTIA O SINDROME DI MENIÈRE

Dopo che Menière in una serie di pubblicazioni richiamava nel 1861 l'attenzione sulla vertigine da causa auricolare, i clinici si accordarono nel fare di tale sintoma una forma nosologica speciale, che denominarono appunto da colui che la descrisse per il primo, e che misero in rapporto con versamenti di sangue nel labirinto.

I casi pubblicati allora da Menière si riferiscono però senza dubbio a processi morbosi differenti; il caso con autopsia descritto da questo autore non appare affatto, a chi lo considera attentamente, un esempio sicuro di emorragia del labirinto, come fu riguardato dall'A. e dopo di lui da quanti scrissero in argomento. Ed infatti quale valore si può concedere ai risultati di un esame macroscopico del labirinto fatto con metodi tanto imperfetti di tecnica quali si possedevano a quell'epoca? Certamente nessuno. L'essudato emorragico che Menière avrebbe riconosciuto nei canali semicircolari e non nella chiocciola (notisi che nel caso in questione era stata osservata *intra vitam* oltre alla vertigine anche la sordità completa) poteva essere così un essudato infiammatorio, come emorragico, come altresì soltanto il risultato di alterazioni cadaveriche.

Non è meraviglia che poggiato su queste basi il concetto della malattia di Menière sia rimasto indeterminato ed incerto. Anche attualmente molti autori, facendo troppo larga parte al sintoma *vertigine auricolare*, designano come malattia di Menière ogni caso nel quale esiste tale sintoma: a questa stregua tutte le malattie del labirinto a decorso acuto o subacuto entrerebbero nel quadro morboso. Altri vogliono riservato il nome di *malattia di Menière* alle emorragie del labirinto, le quali, di fatto assai rare, sono l'espressione di una infezione (per lo più sifilide, leucemia); le emorragie possono se abbondanti non accompagnarsi affatto al sintoma vertigine, e anche se poco abbondanti ma ripetute dànno luogo ad un quadro morboso, il quale, se per alcuni rispetti è analogo alla forma tipica di Menière, se ne differenzia, come si è visto, per parecchi altri. La clinica dimostra invece che esiste una malattia auricolare relativamente frequente, ben definita per decorso e per fenomeni funzionali, *nella quale il sintomo principale è rappresentato dalla comparsa di accessi di vertigine associati a sordità grave e a rumori subbiettivi continui:* tale forma morbosa per la quale deve essere riservato il nome di

malattia di Menière non è di necessità legata a fatti emorragici nel labirinto, ma corrisponde invece, come vedremo, a particolari lesioni dell'orecchio interno e medio.

Non entrano adunque nella sindrome di Menière tipica le otiti interne in genere, legate o no a vertigini continue o a periodi vertiginosi ripetuti, come la labirintite apoplettiforme; le vertigini auricolari in rapporto con istimoli artificialmente portati sulle parti periferiche dell'organo dell'udito, o con lesioni traumatiche dell'orecchio. Talune vertigini legate ad affezioni morbose dell'orecchio esterno, e sopravvenienti ad accessi, non rappresentano pur esse che una forma spuria di sindrome di Menière.

Vanno inoltre distinte dalla vera forma di Menière le vertigini ad accessi anche se accompagnantisi a sordità in rapporto con lesioni endocraniche del nervo acustico e dei centri nervosi, quali si possono incontrare nella tabe dorsale, in taluni tumori cerebrali, ecc. Anche le forme di vertigini ad accessi nell'isterismo e nell'epilessia, le quali si accompagnano a sordità e rumori di orecchio (questi due ultimi sintomi possono in tali forme dipendere da cause svariate), non entrano nel quadro tipico della vertigine di Menière.

Definito così il concetto nosologico, passiamo rapidamente ad esporre la genesi, la sintomatologia, i caratteri funzionali.

Una delle forme più frequenti di affezione dell'orecchio è costituita dalle otiti medie catarrali croniche, le quali insorgono per propagazione all'orecchio medio di lesioni catarrali croniche della mucosa delle prime vie aeree. Negli stadii iniziali tali otiti sono caratterizzate da fenomeni infiammatorii più o meno gravi della mucosa della cassa con essudazione libera, sierosa o catarrale; il processo morboso assume decorso per eccellenza cronico, quando, come spesso accade, non viene fatto oggetto di trattamento e passa per differenti stadii, finchè i suoi esiti sono rappresentati nell'orecchio medio da ispessimenti della mucosa, da briglie e aderenze cicatriziali, da anchilosi delle articolazioni degli ossicini, ecc.

In un certo numero di casi il processo morboso resta sempre limitato all'orecchio medio, e i disturbi funzionali che allora si osservano rivelano un ostacolo più o meno grave nella trasmissione dei suoni, con integrità dell'apparecchio di percezione; in altri casi invece il processo morboso si propaga all'orecchio interno di solito attraverso le finestre labirintiche, e assumono allora speciale gravità le lesioni dell'articolazione stapedio-vestibolare, che possono condurre all'anchilosi di questa e ad alterazioni secondarie del labirinto membranoso, soprattutto del vestibolo.

Uscirei dai limiti che mi sono prefisso in questa nota, se volessi passare in rivista qui le cause per le quali in un caso il processo morboso cronico della cassa si diffonde all'orecchio interno, e in un altro in apparenza simile tale diffusione non ha luogo; basti l'accennare che, da osservazioni cliniche istituite in proposito, io sono venuto nella convinzione che tali ragioni debbano ricercarsi in particolarità della costituzione generale dell'ammalato (eredità tubercolare o sifilitica, diatesi reumatica, artritica, gottosa, ecc.).

Recenti studi, segnatamente di Politzer, tenderebbero a far ammettere la esistenza in taluni casi di affezione cronica dell'orecchio medio di una lesione ossea primitiva della capsula labirintica, prevalentemente localizzata ai contorni della finestra ovale, e non legata a pregressi fatti catarrali della mucosa dell'orecchio medio.

Le forme di otite media secca si diffondono all'orecchio interno con maggiore o minore rapidità e a seconda di questa può variare il quadro morboso

per quanto riguarda il sintoma vertigine. Se il decorso è assai rapido ci troviamo in presenza di una vera otite interna i cui sintomi possono mascherare talvolta quelli dell'otite media; esistono allora vertigini continue. Se il decorso è al contrario assai lento, le vertigini come abbiamo visto più sopra possono mancare. In un grado intermedio si hanno vertigini ad accessi, le quali compaiono in un determinato periodo della malattia, la cui durata varia da pochi mesi ad uno o più anni e dipende direttamente dalla rapidità di decorso del processo morboso.

La comparsa degli accessi di vertigine nel decorso di un'otite cronica deve venir messa in rapporto colla diffusione della malattia fino in vicinanza all'apparecchio ampollare (vestibolo) o fino all'apparecchio ampollare stesso. Si può inoltre supporre che la forma ad accessi dipenda dalla piccola intensità della eccitazione, la quale, pure essendo permanente, accumuli i suoi effetti, determinando l'esplosione dell'accesso. Fatti analoghi si notano in taluni casi di epilessia traumatica, nei quali eccitazioni leggiere e permanenti di determinati punti della corteccia cerebrale si traducono periodicamente in accessi convulsivi.

La comparsa improvvisa di un accesso di vertigine conferisce carattere speciale alla sordità lentamente progressiva nelle otiti medie catarrali croniche, che si propagano al labirinto.

Il paziente, che spesso, se la malattia è unilaterale, non ha avuto occasione di accorgersi della diminuzione dell'udito da quel lato, e di attribuire importanza a questo fatto, viene sorpreso d'un tratto senza apprezzabili sintomi prodromici da un accesso di vertigine colla tendenza a cadere dal lato dell'orecchio ammalato, e da un aumento dei disturbi subbiettivi; soltanto in questa occasione egli può accorgersi della sordità unilaterale che andava determinandosi. Quale meraviglia se molti pazienti e molti medici ritengono per fermo che la vertigine di Menière tipica può sopravvenire in un organo dell'udito perfettamente integro? Alcuni dei pazienti da me osservati facevano durante l'accesso veri movimenti di maneggio. Accade solo per eccezione che i pazienti cadano al suolo e perdano conoscenza per l'intensità dell'accesso; ordinariamente essi possono restare dritti, si appoggiano agli oggetti vicini, e sono costretti a farsi portare a letto, dove restano alcune ore in condizioni vertiginose. L'accesso viene accompagnato da malessere generale, da annebbiamento della vista, da nausea, più di rado da vomito, da rumori subbiettivi intensi, e da un aumento, per lo più soltanto transitorio, della sordità.

La durata di un accesso può variare da alcuni minuti a molte ore. Il primo accesso è di solito più grave che i seguenti, i quali sopravvengono in differenti intervalli di tempo, talvolta dopo un mese o dopo alcuni giorni, talvolta solo dopo alcune ore. Io ho notato che quando gli accessi si ripetono più di frequente divengono più corti e meno intensi.

I pazienti possono solo difficilmente indicare la causa diretta dell'accesso. In alcuni dei miei casi il primo accesso era sopravvenuto durante o subito dopo una lunga passeggiata sotto il sole cocente nella stagione calda; in altri casi l'accesso compare quando l'ammalato comincia a mangiare quasi che le contrazioni sinergiche dei muscoli tubarii (ed endotimpanici?) coi muscoli della masticazione preparino l'esplosione dell'accesso. In taluni casi — e questi sono i più difficili per una corretta diagnosi — gli accessi coincidono con disturbi di digestione, e potrebbero essere allora scambiati con vertigini da lesioni dello stomaco, se non esistessero le lesioni caratteristiche dell'organo dell'udito.

Non è a credere che all'infuori del tempo degli accessi i pazienti si trovino in condizioni di equilibrio perfettamente normali; di solito si riscontra uno stato vertiginoso di leggero grado, che si manifesta in certi movimenti dell'occhio, in determinate posizioni del corpo, ecc.; perciò questo tipo nosologico si accosta in generale alle vere labirintiti. I risultati dell'esame funzionale sono quelli stessi di una lesione dell'orecchio medio, prevalentemente localizzata alla parete vestibolare della cassa timpanica e con partecipazione del labirinto. Il diapason collocato al vertice non viene d'ordinario localizzato, quantunque l'affezione sia di solito unilaterale, ciò che sta ad attestare che nell'orecchio ammalato le lesioni dell'apparecchio di trasmissione e di quello di percezione si bilanciano. Talvolta invece il diapason vertice è localizzato dall'orecchio migliore e allora si può stabilire una prevalenza dell'affezione dell'orecchio interno. Poichè la trasmissione dei suoni è considerevolmente difficoltata, l'esperimento di Rinne riesce negativo e i tuoni bassi, soprattutto quelli al disotto di 64 vibrazioni, non vengono affatto percepiti per via aerea; ma esistono anche sintomi di una diminuita percezione, cioè è abolita la percezione dell'orologio per via osteo-timpanica, talora dell'acumetro di Politzer, ecc. Se la malattia tiene un decorso acuto può esistere anche, come nelle otiti interne tipiche, una ipereccitabilità elettrica del nervo acustico, ma questo fatto è raro nella forma tipica di Menière.

In relazione colla gravità dell'ostacolo nell'apparecchio di trasmissione del suono la voce afona in tali casi o non è affatto percepita dall'orecchio ammalato o lo è soltanto in vicinanza.

Come le vertigini delle otiti interne acute, anche gli accessi di vertigine di Menière sogliono col tempo diminuire di intensità e di frequenza per cessare più tardi del tutto. In tal caso la sordità dall'orecchio ammalato è di solito quasi completa. Quantunque i risultati delle ricerche anatomo-patologiche di Gellé e di Lannois non dimostrassero, accanto all'anchilosi dell'articolazione stapedio-vestibolare, notevoli alterazioni del labirinto membranoso, noi dobbiamo ammettere l'esistenza di esse nella forma tipica di Menière in base all'osservazione clinica. Attualmente però non ne conosciamo l'intima natura.

Non si è ancora del pari studiato in quale misura il sistema nervoso centrale prenda parte alla determinazione degli accessi vertiginosi tipici; è però certo che in singoli casi i pazienti offrono un particolare stato nevrastenico, oppure disturbi che giustificano il sospetto di una tabe incipiente. Le alterazioni ben determinate e costanti dell'organo dell'udito permettono però di collocare in seconda linea i sintomi generali.

La diagnosi della sindrome di Menière viene soprattutto facilitata dall'esistenza di una diminuzione dell'udito di solito unilaterale e di alto grado; ulteriori criteri sono dati, come si è visto, dai caratteri funzionali della sordità. L'esistenza nel soggetto di una grave infezione ad andamento cronico, quale la sifilide, leucemia, contribuisce ancora a confermare la diagnosi. Ad ogni modo è dovere del medico in ogni paziente che soffre di vertigini di fare l'esame dell'organo dell'udito. Non bisogna però dimenticare che quando in un vertiginoso si riscontra una lesione auricolare può trattarsi della combinazione di questa con accessi vertiginosi da altre cause, combinazione che si può incontrare tanto più di frequente in quanto le affezioni dell'orecchio e soprattutto i processi catarrali cronici dell'orecchio medio non sono malattie rare. In pratica quando ci si trova in presenza di un nevrastenico o di un isterico che si lagna di accessi di vertigine, e presenta contemporaneamente un

catarro dell'orecchio medio, la decisione se si tratti o meno della sindrome di Menière può riuscire assai difficile. Si tenga presente che prolungate perdite di coscienza non si osservano nella forma di Menière.

La prognosi è sempre grave quanto alla conservazione dell'udito nella forma tipica; ordinariamente si stabilisce col tempo, dal lato leso, una sordità quasi completa. Nelle forme invece spurie, nelle quali l'accesso di vertigine viene esplicato per via riflessa da lesioni dell'orecchio medio, la prognosi può essere fausta perchè colla cura di tali lesioni anche gli accessi non si ripetono.

La terapia dà di solito risultati poco brillanti nella forma tipica; essa deve essere diretta a combattere l'affezione periferica dell'orecchio e a diminuire l'abnorme stato di eccitabilità nervosa generale.

La cura della otite media può portare, nelle forme spurie, un risultato immediato e completo; non così però nelle forme tipiche, nelle quali le alterazioni localizzate alla finestra ovale possono soltanto in piccola misura venire influenzate dai nostri mezzi terapeutici, e nelle quali esistono lesioni più o meno progredite del labirinto. Anche in questi ultimi casi devesi raccomandare una opportuna cura delle lesioni catarrali della cassa, e ancora più delle affezioni della cavità naso-faringea, quando queste si riscontrano. Per diminuire l'eccitabilità nervosa e modificare i rapporti vascolari nel labirinto si può ricorrere con vantaggio alla idroterapia, alla somministrazione di bromuri e di piccole dosi di joduro di sodio. S'intende poi che il medico dovrà tenere esatto conto degli indizi di una particolare diatesi, che può offrire l'ammalato e colla quale può essere più o meno strettamente legata l'affezione dell'orecchio interno. Così ad esempio si dovrà sempre tentare la cura specifica in individui sifilitici, le modificazioni del regime meglio indicate nei soggetti affetti da gotta, da artritismo, ecc. Un buon precetto è altresì quello di non dimenticare l'esame delle urine: molte volte il trattamento razionale di una nefrite fa sparire gli accessi.

Charcot raccomandò dapprima contro tale affezione le punte di fuoco al processo mastoideo, più tardi propose l'uso del bisolfato di chinino alla dose giornaliera di sessanta a ottanta centigrammi. Quest'ultimo rimedio si dimostra in molti casi molto attivo, quantunque da principio soglia aumentare i rumori subbiettivi e aggravare la sordità. È assai probabile che la scomparsa rapida degli accessi di vertigini sotto l'uso del bisolfato di chinino debba attribuirsi piuttostochè a una azione curativa del rimedio sul processo morboso del labirinto ad un aggravamento di questo per l'azione elettiva tossica che esso esercita sull'apparecchio di percezione dei suoni in genere e che in tal modo il decorso della malattia resti affrettato e il periodo degli accessi accorciato. In taluni casi io ho ottenuto eccellenti risultati dalle iniezioni intramuscolari di una soluzione jodojodurata (dose quotidiana iniettata da uno a tre centigrammi di jodio metallico).

DELL'ESAME FUNZIONALE DELL'ORGANO DELL'UDITO

per il Prof. GIUSEPPE GRADENIGO (Torino)

L'esame dell'organo dell'udito fu tenuto finora in troppo poca considerazione dai cultori della clinica medica; è senza dubbio perciò che la patologia del nervo acustico è ancor oggi poco nota, anzi si può dire appena abbozzata in confronto alla patologia degli altri nervi cranici.

La maggior parte dei clinici si limitano in effetto a misurare l'acuità uditiva per mezzo dell'orologio; ora questo metodo di esame pratico da solo dà, come vedremo, risultati incompleti e può giustificare talora interpretazioni erronee.

Noi ci occuperemo brevemente soltanto di quei metodi di esame necessari al clinico perchè possa rendersi conto, con sufficiente esattezza e rapidità, dello stato funzionale dell'organo dell'udito, rimandando il lettore ai Trattati speciali di otologia per gli altri numerosi e più complessi metodi di esame, che si possono dire complementari, e richiedono da parte del ricercatore una particolare abilità.

Anzitutto non si procederà mai all'esame funzionale di un orecchio senza prima essersi assicurati per mezzo dell'esame collo speculum che non esistono nel condotto uditivo esterno ostacoli alla trasmissione del suono, quali corpi stranieri, accumuli di cerume, ovvero che non si riscontrano lesioni grossolane della membrana timpanica e dell'orecchio medio, soprattutto distruzioni o perforazioni della membrana timpanica, cicatrici aderenti, processi suppurativi antichi o recenti, ecc. Ricordiamo a questo proposito che malgrado l'esistenza di tali lesioni morbose l'anamnesi può essere affatto muta al riguardo. Quante volte una diminuzione della audizione causata da un tampone di cerume o da una vecchia perforazione della membrana fu posta in conto di lesioni centrali, che il clinico si affaticò a mettere in relazione con altri fenomeni presentati dall'ammalato!

Quando si riscontrano accumuli di cerume nel condotto uditivo, si deve ricordare che questi determinano una diminuzione apprezzabile dell'udito soltanto nel caso che otturino completamente il lume del condotto: se la chiusura non è completa, è consigliabile di non toccarli e procedere senz'altro all'esame funzionale. Quando la chiusura è invece completa, converrà allontanare l'accumulo mediante getti di acqua tepida, e non si procederà in tal caso all'esame funzionale prima che siano trascorse almeno alcune ore dal trauma esercitato.

L'orecchio non deve venir lavato che in caso di necessità; ogni lavacro è controindicato quando esistano perforazioni timpaniche, esiti di processi suppurativi dell'orecchio medio già spenti.

Quando all'esame collo speculum si riscontrano lesioni ben manifeste dell'orecchio, il giudizio se la diminuzione dell'udito che si riscontra sia riferibile del tutto o soltanto in parte alle lesioni periferiche che si vedono riesce difficile e deve perciò venir lasciato allo specialista.

Esclusa una lesione rilevabile all'otoscopia dell'apparecchio di trasmissione dei suoni, si dovrà procedere all'esame funzionale, il quale si propone due oggetti principali: 1° misurare l'acuità uditiva; 2° nel caso risulti un difetto di questa, stabilire se esso è in rapporto con lesioni non diagnosticabili con sicurezza all'esame otoscopico dell'apparecchio di trasmissione dei suoni o con lesioni dell'apparecchio di percezione (labirinto, nervo acustico e suoi centri).

Esame funzionale per la misura dell'udito. — Gli acumetri più semplici ed il cui impiego è sufficiente in pratica, sono rappresentati dalla *voce* e dall'*orologio da tasca;* i risultati ottenuti coi due metodi possono non corrispondere tra loro; da ciò la necessità d'impiegarli ambidue. La misura dell'udito si ottiene in tali casi non col modificare e graduare la

intensità del suono, ma col variare la distanza della sorgente sonora dall'orecchio in esame, e col tener conto della distanza massima a cui il suono è con sicurezza avvertito. Si è stabilito inoltre di determinare questa distanza invece che coll'allontanare dall'orecchio progressivamente la fonte sonora, nel quale caso l'adattamento funzionale per quel determinato suono riuscirebbe causa importante di errore, coll'avvicinare la fonte sonora all'orecchio da una distanza superiore fino a che entri nel limite di percezione. In pratica sarà prudente non istabilire la distanza uditiva per un suono che in base a tre successivi esperimenti.

Si esamineranno i due orecchi separatamente, facendo chiudere ermeticamente con un dito (indice) il meato dell'orecchio non esaminato e procurando che la persona in esame non veda l'esaminatore. Di solito si procede all'esame mantenendo la fonte sonora nella direzione corrispondente al prolungamento dell'asse del condotto uditivo esterno; se il limite della audizione è superiore allo spazio di cui si dispone, si potrà collocarsi dietro il dorso dell'esaminato tenendo conto in questo ultimo caso che la distanza uditiva riesce di uno-due metri inferiore a quella misurata sull'asse del condotto. Si deve aver riguardo che l'ambiente sia almeno relativamente silenzioso. Anche la forma del locale dove si procede all'esame, la disposizione degli addobbi e dei mobili, col modificare la riflessione delle onde sonore, hanno grande importanza sul risultato delle misurazioni; quando però nelle ricerche si tiene conto della distanza massima di 5 metri (ciò che in pratica è sufficiente per riconoscere una diminuzione manifesta dell'acuità per la voce) l'influenza dell'ambiente si può trascurare.

Voce. — La voce di conversazione ordinaria viene intesa da un orecchio sano anche a meato ermeticamente chiuso; questa voce non può adunque essere utilizzata per le prove nei casi di sordità unilaterale, perchè l'orecchio sano non resterebbe escluso dall'esame, ma deve venire esclusivamente riservata ai casi di sordità grave bilaterale. In quella vece si adopera la voce afona, la quale però anch'essa, se pronunciata con intensità a una distanza inferiore a mezzo metro dall'orecchio in esame, può venire intesa dall'orecchio non esaminato, quando sia sano, malgrado il meato ne sia mantenuto chiuso.

Per controllare i risultati, l'esaminatore invita l'esaminato a ripetere ad alta voce le parole che sente.

La voce afona rappresenta un suono assai complesso, che di norma, in locale chiuso e silenzioso, viene percepito a venti-venticinque metri. Bisogna però tener conto in pratica di molti fattori che possono riuscire causa di errore nelle misurazioni.

Le singole vocali e consonanti, avendo tonalità ed intensità differenti, hanno pure differenti distanze uditive. In generale si può dire che le vocali sono sentite a distanza maggiore che le consonanti, e tra le prime l'*a* è percepita a distanza maggiore che la *u;* delle consonanti l'*h* ha la distanza minima. Ciò spiega come di una intiera parola l'esaminato possa non raccogliere che alcune delle lettere componenti e di solito le vocali coll'accentuazione, e qualche consonante; se si tratta di una parola in una lingua che il paziente conosce bene, egli riuscirà a ripeterla per intero indovinando le consonanti che non ha sentito. Questo atto psichico, che egli compie quasi involontariamente, gli riuscirà tanto più facile quanto più la parola da indovinare sarà da scegliere in gruppi ristretti riferentisi ad un determinato ordine di idee, ad esempio numeri, alimenti, vestiti, ecc. Così si spiega come l'acuità uditiva per le parole corrispondenti a numeri sia di solito superiore alla distanza per le altre parole (da uno a tre e più metri). Inoltre è chiaro che nell'esame col mezzo della voce ad acuità uditiva uguale una persona intelligente e di mente svegliata figurerà possedere migliore udito che una persona poco colta o distratta. L'elemento psichico riesce ancora più manifesto quando l'esame sia fatto invece che per mezzo di parole isolate con intere frasi.

In pratica sarà dunque opportuno nello stabilire la distanza uditiva per la voce afona di tener conto delle parole alle quali detta distanza si riferisce, soprattutto se si tratta di cifre.

Orologio. — La facilità con cui si può impiegare l'orologio per l'esame dell'udito fece che non si tenesse molto conto degli inconvenienti, taluni dei quali assai gravi, che presenta questa fonte sonora. Poichè la distanza alla quale può essere avvertito il battito di un orologio da tasca varia normalmente da 0,60 a 5 metri e più a seconda dello strumento che si impiega e della tonalità del *tic-tac*, i risultati dell'esame hanno valore soltanto per un determinato strumento e quelli ottenuti con differenti strumenti non sono direttamente paragonabili tra loro. Inoltre anche per uno stesso strumento, l'intensità del suono è soggetta a variare col grado di tensione della molla, a seconda della superficie dell'orologio che si rivolge all'orecchio, a seconda del modo con cui lo strumento è tenuto, ecc.

L'orologio come fonte sonora ha soprattutto l'inconveniente di dare suoni di piccola intensità e di tonalità acuta, i quali sogliono essere difficilmente percepiti non solo allorquando si tratta di malattie dell'organo dell'udito, ma altresì nei casi di involuzione senile, che si potrebbe dire fisiologica, di quest'organo. Al disopra dei 60 anni il *tic-tac* dell'orologio non è più percepito per contatto sulle ossa del cranio, ed anche l'acuità uditiva per via aerea diminuisce per tale fonte sonora in modo notevolissimo, mentre può conservarsi una buona acuità per la voce. *Deriva da ciò la regola che l'esame dell'acuità uditiva coll'orologio in persone al disopra dei* 60 *anni non può fornirci alcun risultato per iscoprire un'affezione morbosa dell'organo dell'udito.*

Per converso il suono delicato dell'orologio varrà, se percepito a distanza normale o superiore alla normale, a dimostrare l'integrità funzionale di un orecchio, meglio che la voce, soprattutto quando non si disponga per l'esame di un locale vasto e silenzioso.

L'esaminatore, per controllare i risultati delle prove coll'orologio deve, procurando che l'esaminato non possa giovarsi della vista, modificare ad arte e rapidamente le distanze, interporre o togliere schermi tra la fonte sonora e l'orecchio; nei bambini soprattutto che affermano spesso di sentire il battito anche quando non lo avvertono, sarà utile impiegare per controllo un secondo orologio delle dimensioni eguali al primo, ma col meccanismo fermo.

Esame funzionale per la diagnosi di sede. — Il confronto tra le distanze uditive per la voce afona e per il suono dell'orologio può offrire qualche indicazione per la diagnosi di sede: il difetto di percezione è nelle malattie dell'orecchio interno relativamente molto più manifesto per i suoni dell'orologio in confronto alla voce; nell'anestesia acustica da isterismo esiste, secondo le mie osservazioni, il rapporto contrario. Nelle malattie dell'orecchio medio la diminuzione dell'acuità per la voce è relativa in qualche modo a quella per l'orologio.

Indicazioni più precise e sicure ci vengono però fornite esperimentando coi *diapason.*

I metodi per questo esame sono varii; taluni di essi, assai complicati, esigono l'impiego di diapason numerosi e di altri strumenti (*cilindri di König, fischietto di Galton*), in modo che si possa esperimentare con suoni corrispondenti per tonalità alla intiera scala musicale. Qui non descriverò che i due esperimenti più importanti per la diagnosi di sede, detti, dal nome degli autori che li proposero, *esperimenti di Weber e di Rinne.* — Ambidue possono venir praticati con un unico diapason, che deve però essere di tonalità bassa (dalle 64 (Do) alle 192 (*sol*) vibrazioni) e colle branche caricate nella loro estremità libera con opportuni pesi in modo da impedire la produzione di suoni armonici superiori. I diapason di tonalità più acuta o si prestano male o non si prestano affatto a tali esperienze.

Esperimento di Weber. — Il suono del diapason vibrante appoggiato con forza sulla linea mediana della testa viene percepito solo dal lato dell'orecchio ammalato, o rispettivamente del più ammalato dei due, se esiste prevalente affezione dell'apparecchio di trasmissione dei suoni (orecchio esterno e medio); dal lato dell'orecchio sano, rispettivamente meno ammalato dei due, se esiste affezione dell'apparecchio di percezione (labirinto, nervo acustico). — Il suono viene percepito diffuso a tutta la testa e l'esperimento non dà risultati:

1° Quando ambidue gli orecchi sono sani o ammalati in modo eguale;

2° Quando pur esistendo affezione unilaterale o più grave da un lato, ci sono lesioni combinate dell'apparecchio di percezione e di trasmissione, tali da elidere scambievolmente l'influenza lateralizzatrice sul diapason vertice;

3° Quando si tratti di anestesia acustica isterica con carattere prevalentemente psichico.

Nei casi di affezione dell'apparecchio di percezione si spiega agevolmente la lateralizzazione del diapason vertice all'orecchio sano o meno ammalato; più difficile è la spiegazione della lateralizzazione quando essa si compie dal lato dell'orecchio ammalato nelle malattie dell'apparecchio di trasmissione. Tra le molteplici ipotesi emesse per ispiegare tale fatto la più probabile è che si tratti di un aumento di risonanza nelle cavità dell'orecchio esterno e medio, causato dalle lesioni morbose stesse.

Esperimento di Rinne. — Il suono del diapason vibrante è, in condizioni normali, sentito più a lungo quando le sue branche sono mantenute davanti al meato uditivo (per trasmissione aerea), che quando il diapason è appoggiato sulla mastoide corrispondente (per trasmissione osteo-timpanica). In tal caso si dice che il *Rinne è positivo.* Se esiste o prevale una affezione dell'apparecchio di percezione, tale rapporto non cambia, o cambia a danno della

durata di trasmissione ossea; se esiste o prevale invece un'affezione dell'apparecchio di trasmissione il rapporto si inverte, e la durata di percezione aerea si accorcia, o divenendo eguale a quella osteo-timpanica o divenendo più corta ancora che questa. In casi particolarmente gravi, la percezione aerea può essere abolita del tutto mentre persiste quella osteotimpanica. Questo secondo rapporto viene detto *Rinne negativo*.

È importante che l'esperimento di Rinne si compia con tuoni bassi, perchè sono questi che hanno maggiore bisogno dell'apparecchio di trasmissione per essere sentiti; quanto più basso è il tuono, tanto più manifesta riesce l'influenza delle lesioni dell'orecchio esterno e medio sulla sua trasmissione aerea.

L'esperimento di Rinne non dà risultati utilizzabili per la diagnosi:

1° Quando il difetto funzionale dell'apparecchio di trasmissione è di grado leggiero. In tale caso il contegno dell'orecchio ammalato non si differenzia molto da quello di un orecchio sano. *Non si può adunque concludere dall'esistenza del Rinne positivo ad una lesione dell'apparecchio di percezione dei suoni se non nel caso che esista un grave difetto uditivo, e più precisamente, come propone Bezold, solo quando la distanza per la voce afona è discesa al disotto di un metro.*

2° Quando esista differenza notevole nelle condizioni funzionali dei due orecchi. Se infatti il Rinne riesce negativo quando si esperimenta su un orecchio che presenta grave diminuzione dell'udito mentre l'altro è in condizioni funzionali buone, non si deve concludere senz'altro ad una prevalente lesione dell'apparecchio di trasmissione perchè può darsi che la percezione per via osteo-timpanica del suono accada per mezzo dell'orecchio migliore.

3° Una causa di errore molto frequente, che riesce tanto più manifesta quanto più si esperimenta con tuoni bassi è che l'ammalato confonde, quando il diapason viene appoggiato alla mastoide, l'impressione tattile delle vibrazioni colla impressione acustica. In tal caso il Rinne sembra riescire negativo mentre con un esame più accurato si riconosce essere positivo.

In molti casi, soprattutto quando le lesioni dell'organo dell'udito sono bilaterali e complesse, nè l'uno nè l'altro dei due esperimenti ora riferiti permettono di porre con sicurezza la diagnosi. Si deve allora ricorrere a prove funzionali più difficili, sulle quali non credo utile di insistere qui.

L'*orologio* può fornire una buona indicazione per la diagnosi di sede quando si esperimenti la trasmissione del suono per via osteo-timpanica, appoggiandolo fortemente colla faccia corrispondente al quadrante sia sulla mastoide, sia sulla regione preauricolare. Quando in tali condizioni, in persona che non supera i sessanta anni d'età, il battito di mediocre intensità dell'orologio non viene avvertito, si può concludere ad un'affezione del labirinto o dell'articolazione della piastra della staffa col contorno della finestra ovale. Nelle malattie dell'apparecchio di trasmissione, eccetto nell'accennata anchilosi stapedio-vestibolare, come pure, secondo le mie osservazioni, nelle malattie del nervo acustico e suoi centri, la percezione dell'orologio per via osteo-timpanica suole esser conservata. Anche in questo esperimento devesi tener presente una causa frequente di errore, che si verifica soprattutto negli individui di giovane età: la percezione, cioè, del battito dell'orologio applicato alla mastoide non da parte dell'orecchio più ammalato, che si esamina, ma da parte dell'altro orecchio sano o meno ammalato.

POLSO RARO PERMANENTE

CON ACCESSI EPILETTIFORMI OD APOPLETTIFORMI

pel Dott. VITTORIO COLLA
Assistente alla Clinica Medica Generale di Torino

Quest'affezione che crediamo dover collocare fra quelle di origine nervosa, avendo essa, a nostro avviso, la sua sede nell'asse cerebro-spinale, passò a lungo inosservata perchè spesso confusa coll'epilessia e su di essa non venne richiamata l'attenzione se non perchè la straordinaria rarità del polso, quale non si osserva in altra malattia, constatata per caso in affezioni intercorrenti riuscì a meravigliare i clinici di questo secolo. Questa malattia consiste in *una permanente lentezza del polso, che può arrivare a 30, 20, 10, 7 battute per minuto, accompagnata da frequenti vertigini, da deliquii, o da attacchi apopletti- od epilettiformi.*

I primi a richiamare l'attenzione su questo complesso sintomatico furono Adams (*a*) e Stokes (*b*), che lo descrissero accuratamente, sì che Huchard propose chiamarlo malattia di Stokes-Adams. Alla pubblicazione di Stokes ne seguirono altre, che tutte portavano un certo contributo all'eziologia, sintomatologia e patogenesi di tale oscura affezione. Halberton (*c*) ne pubblicò un caso concernente un uomo di 64 anni, che aveva riportato una caduta sul capo con perdita della coscienza. Fra gli autori che si occuparono dell'argomento è specialmente degno di nota Charcot (*d*), il quale cercò di meglio definire il meccanismo e la sede della lesione determinante tale sindrome.

Blondeau (*e*), nella sua tesi, discute accuratamente sull'argomento, senza però pronunciarsi in modo reciso; Chauveau (*f*), a proposito di un caso descritto nella tesi di Figuier, emette l'opinione che in esso si trattasse di una lesione centrale (bulbare) interessante le origini del vago, la quale aveva per effetto la dissociazione dei ritmi auricolare e ventricolare. Huchard (*g*) ne descrisse anche egli parecchi casi, seguìto poi da Trissier (*h*), Vacquez (*i*), Kocher e Bouessée (*j*), Comby e Martin (*k*), da E. Aron (*l*), Vacquez e Bureau (*m*) ed,

---

(*a*) Adams, *Dublin Hospital Reports*, 1827.

(*b*) Stokes, Observations on some cases of permanenty Slow Pulse (*Dublin Quarterly Journal of med. Science;* Augusta, I, 146).

(*c*) Halberton, A case of Slow pulse vhich fainting fils, which first came on two years au injury of the neck, from a fall.; *Med.-chir. Trans.*, vol. XXIV, Londra 1844.

(*d*) Charcot, Leçons sur les maladies du système nerveux, vol. II, pag. 152.

(*e*) Blondeau, Tesi di Parigi, 1879.

(*f*) Chauveau, *Lyon méd.*, 1883, I, pag. 145.

(*g*) Huchard, Maladies du cœur et des vaisseaux; Parigi 1889.

(*h*) Tripier, *Revue de Méd.*, 1883-1884.

(*i*) Vacquez, *Gaz. hebd.*, 1890.

(*j*) Tesi 1890-91.

(*k*) Comby et Martin, *Soc. méd. des hôp.* — *Sem. méd.*, 1891, pag. 49.

(*l*) E. Aron, *Berl. klin. Wochenschrift*, 1891, n. 25.

(*m*) Vacquez et Bureau, *Société de Biologie*, 11 febbraio 1893.

affatto recentemente, da Hanot (*a*). Federici (*b*) in Italia si occupò con ispeciale predilezione del polso raro, ma sotto l'aspetto della diagnosi differenziale fra le stenosi dell'orifizio aortico e quelle dell'aorta stessa.

Il mio maestro prof. Bozzolo (*c*) ebbe occasione di osservare un caso di questo genere, che merita particolare menzione perchè la rarità del polso raggiunse l'estremo limite finora osservato. Esso concerneva un farmacista di circa 60 anni, il quale veniva incolto, ad intervalli irregolari, da accessi apoplettiformi di durata varia, durante i quali il polso si faceva rarissimo. Gli accessi datavano da oltre 10 anni e si manifestavano, almeno i primi, con intervalli assai lunghi. Nell'accesso osservato da Bozzolo, il polso discese a 7 battute al minuto. Nessuna lesione si riscontrava nell'ammalato, salvo le note di un'arterio-sclerosi generale. L'atropina fece rialzare fino a 23 il numero dei battiti; ma ciò non ostante l'individuo morì. Disgraziatamente non ne fu possibile l'autopsia.

Anche il prof. Silva ne osservò un caso in un medico di 53 anni, in cui il polso, durante gli attacchi sincopali, scendeva a 30-28 al minuto; interessante il fatto della guarigione e dell'essersi osservata la stessa malattia in una sorella del paziente di 32 anni, parecchio tempo prima (*Comunicazione orale*).

La malattia colpisce generalmente individui di età avanzata; dagli autori è citato come eccezionale il caso di Malassez (*d*) concernente un individuo di 30 anni. Non fu mai osservata in bambini.

Pare colpisca più frequentemente l'uomo che la donna; questo almeno risulta dalla disamina dei casi pubblicati.

Riguardo alla sede della malattia, Charcot, pel primo, tentò determinarla nell'asse spinale. Egli (*e*), avendo osservato molti casi di polso raro permanente coincidente con lesioni spinali o bulbari, pur non volendo recisamente escludere la partecipazione di possibili alterazioni cardiache alla produzione del fenomeno, asserisce che esso può aversi senza lesione dimostrabile del cuore o con lesioni comuni. A conforto di tale opinione riporta storie di individui vecchi, che presentavano tale sindrome (20-30 polsi al minuto), nel cuore dei quali, al tavolo anatomico, non fu possibile trovare lesioni di sorta.

Altra teoria strenuamente sostenuta si è la teoria cardiaca, la quale imputerebbe il fenomeno ad arterio-sclerosi, a focolai di miocardite, a trombosi capillari del cuore. Anche questa, se pure non può recisamente negarsi, non in tutti i casi venne confermata; i tre citati da Charcot parlano chiaro al riguardo. Con molta probabilità entra in giuoco bensì l'arterio-sclerosi, ma tale disturbo di circolazione deve, con tutta verosimiglianza, farsi sentire più specialmente su qualche organo più importante per la regolarizzazione del polso.

La concomitanza di fatti renali con questa sindrome, il fatto che, anche nell'uremia, il polso si fa raro ed insorgono bene spesso attacchi apoplettiformi, fece mettere in campo la teoria uremica, che però non soddisfa pienamente. Venne incriminato del fatto il vago, volendolo sede di un processo neuritico, pel quale verrebbe continuamente stimolato, e quindi le naturali conseguenze fisiologiche dell'irritazione di tale nervo: rallentamento del polso, abbassamento della pressione, ecc.

(*a*) Hanot, *Soc. méd. des Hôpitaux*, sedute 18-22 giugno 1894.
(*b*) Federici, I morbi dell'aorta e le loro conseguenze sul cuore, 1867.
(*c*) Comunicazione orale.
(*d*) Malassez, *Soc. de Biologie*, 1875.
(*e*) Charcot, loco citato.

Contro tutte queste teorie sta la teoria bulbare messa avanti da Charcot, il quale avendo, come dicemmo, osservato tale sindrome in individui colpiti da trauma alla regione cervicale, senza che in essi si fosse potuto riscontrare lesione qualsiasi dell'organo centrale della circolazione, insiste sulle possibili relazioni fra le lesioni spinali e bulbari con questo complesso sintomatico; poichè, dice, " localizzando quivi la lesione principale possiamo darci ragione degli accidenti gravi, che l'accompagnano e che possono da un momento all'altro condurre a morte il paziente ".

A questa teoria è ovvio riferire molti dei casi descritti concernenti individui vecchi ateromatosi, con cuore ipertrofico, probabile rene grinzo. L'ateromasia delle arterie cerebrali si accompagnerebbe ad ateroma delle arterie bulbari, donde insufficiente circolazione e nutrizione di questo importantissimo organo, sede dei centri respiratorio e circolatorio.

Alcuni fatti sperimentali ed osservazioni cliniche deporrebbero per questa ipotesi. Chauveau, nel caso già citato, illustrato nella tesi di Figuier, sarebbe riuscito a dimostrare graficamente una vera dissociazione del ritmo dei ventricoli e delle orecchiette; queste avevano conservato il loro ritmo normale (64 battute al minuto), mentre il ventricolo sinistro ne dava solo 24. Questo sperimentatore si dà ragione del fatto ammettendo una lesione bulbare in prossimità delle origini del vago. Anche Bozzolo, in certi casi di polso raro, sarebbe riuscito a dimostrare una mancanza di relazione fra il polso nasale (Mosso) e l'impulso cardiaco.

In un raro caso di anomalìa congenita del cuore, Geronzi (*a*), accanto ad un cuore ipertrofico, ma certamente stanco ed affranto, accanto ad un polso piccolo e regolare, trovò per istrano contrasto una grande rarità delle pulsazioni. In questo caso, l'autopsia escluse la stenosi aortica, lesione più delle altre capace di determinare il polso raro, perciò l'A., esclusa ogni ragione di aumento nella pressione endocranica, ritiene ragionevole riferire la causa del polso raro ad anemia del bulbo. Balfour (*b*), nel suo trattato sul cuore dei vecchi, ammette anch'esso l'origine midollare e bulbare del fenomeno; ma lo riferirebbe più volentieri a stimolo delle origini dello spinale accessorio che a quello delle origini del vago.

Non credo opportuno insistere maggiormente sull'eziologia di tale affezione, eziologia, che, malgrado le vivaci discussioni sollevate nelle accademie, rimane pure ancora molto oscura.

Al tavolo anatomico si trova in generale un complesso di alterazioni che hanno poco significato in rapporto coll'affezione in discorso. Per lo più, trattandosi di persone piuttosto avanzate in età, non fa stupire se si trova arteriosclerosi generale, con localizzazioni al miocardio, ai reni, al cervello. Furono trovate la stenosi dell'aorta, degenerazione grassa del muscolo cardiaco, infarti intramuscolari del miocardio. Più costante di tutte è l'arterio-sclerosi delle arterie della base la quale, benchè non risulti ancora da esame praticato finora, pure ci lascia fortemente sospettare affetti anche le arterie bulbari, le quali così rappresenterebbero la localizzazione causale del morbo in discorso.

La malattia, talvolta, non si rivela affatto. Corvisart racconta che Napoleone I aveva 40 polsi al minuto e corre fama fosse epilettico. Lo stato generale degli ammalati non fa nemmeno lontanamente pensare ad un'affe-

(*a*) *Riforma medica*, 1° settembre 1896, pag. 631 e seguenti.

(*b*) Balfour, The senile heart.-symptoms, sequelae and trattement. Londra.

zione di prognosi così grave, tanto che la diagnosi il più delle volte venne fatta, anche da clinici autorevolissimi, in occasione di affezioni intercorrenti.

Gli autori dividono il complesso sintomatologico in quattro forme o tipi distinti: vi può cioè esistere solo senso di vertigine, ovvero vi hanno sincopi, od il coma pseudo-paralitico, oppure gli accidenti epilettiformi. Quest'ultimo rappresenta il tipo classico.

Nel primo tipo, l'ammalato è preso all'improvviso da un malessere indefinibile, ronzìo agli orecchi, senso di vertigine, malessere abbastanza leggero da non determinare la caduta del paziente. Tutto ciò dura qualche minuto, e poi l'ammalato torna alle proprie occupazioni, oppure per un'emozione qualsiasi il quadro precedente si esagera, l'ammalato cade in uno stato di prostrazione con grave senso di costrizione al petto, quasi una mano di ferro costringesse il torace; la faccia si impallidisce, ma può anche accendersi e coprirsi di un sudore freddo, l'ammalato accusa estrema prostrazione delle forze, può anche cadere, ma non perde mai la coscienza. Generalmente questo accesso comincia con qualche movimento convulsivo dei muscoli della faccia o degli arti superiori.

Nel secondo tipo può aversi perdita della coscienza fino alla sincope. Dopo aver provato una sensazione qualunque, una specie di aura, l'ammalato cade al suolo esanime, e si constata un polso rarissimo; dopo qualche minuto ricompare il respiro e l'ammalato a poco a poco torna allo stato normale.

Nel terzo tipo lo stato precedente si aggrava, l'ammalato cade in coma come se fosse stato colpito da apoplessia; ma, al ritornare in sè, non si scorgono sintomi di paralisi, donde il nome di coma pseudo-paralitico. Si è in questo tipo che, non di rado, il paziente passa dal coma alla morte.

Nel quarto finalmente al quadro suddescritto si aggiungono crisi convulsive epilettiformi nettamente differenziabili dall'epilessia vera pella mancanza del grido caratteristico, per l'assenza di morsicature alla lingua, alle guance od alle labbra e perchè sono precedute da un periodo prodromico bastevole perchè l'ammalato possa mettersi al sicuro da cadute pericolose.

Da quanto dicemmo, la diagnosi del polso raro permanente non offre difficoltà quando si presenta in tutto il suo complesso sintomatico tipico. Reputiamo superfluo il ricordare quanto facilmente potrà essere differenziato da altre forme di polso raro che spesso si riscontrano in molte affezioni (meningite, idrocefalo, uremia, tumori cerebrali, affezioni estrinseche del bulbo, stenosi aortica, compressioni del X, avvelenamento, ecc.).

La **prognosi** è pressochè costantemente infausta. Nelle due prime forme del morbo si poterono seguire gli ammalati per anni; nelle due ultime, la morte spesso accadde durante l'attacco.

Pella cura, ha grande importanza la profilassi. Gli individui affetti da polso raro permanente dovranno attenersi ad un regime di vita speciale: astenersi da sforzi di qualsiasi genere, da tutte le sostanze, che possono favorire od aggravare l'ateroma ed affaticare il cuore ed il sistema nervoso (alcool, tabacco, droghe).

Data la probabile localizzazione delle lesioni determinanti tale sindrome, la terapia dovrà essere diretta a favorire la circolazione del bulbo. Così Huchard propose la trinitrina alla dose di tre o quattro gocce al giorno della soluzione da lui preconizzata (trinitrina centigr. venticinque; alcool gr. venticinque). Anche il joduro di potassio pare riesca vantaggioso specialmente a dosi piccole e preso per un tempo piuttosto lungo. In alcuni casi l'atropina

riuscì di vantaggio (nel caso di Bozzolo da 7 battute il polso arrivò a 23 per minuto). Durante l'accesso ci comporteremo come nei casi abituali di sincope: decubito dorsale, iniezioni eccitanti (caffeina, etere, canfora, muschio).

Se si ha sospetto di sifilide, la cura intensa jodo-mercuriale troverà una razionale applicazione. Il regime latteo, in taluni casi, riuscì a prolungare la distanza degli accessi (Debove) ed a fare scomparire l'albumina dalle urine.

In casi di debolezza del muscolo cardiaco, i comuni tonici del cuore saranno indicati, specialmente la caffeina per iniezioni ipodermiche, e ci si guarderà dalla digitale pella sua azione fisiologica di rallentare maggiormente il cuore, per quanto Bax abbia osservato l'effetto paradossale di accelerarlo.

TETANO

pel Dottor Prof. BERNARDINO SILVA (a)

È il tetano una malattia infettiva determinata da un microorganismo che secerne un veleno il quale esercita un'azione elettiva eccitante sul sistema nervoso centrale.

Quest'affezione è conosciuta fin dai tempi d'Ippocrate, Celso, Areteo, Galeno; e la classica descrizione lasciataci da Areteo (trad. it. di Puccinotti) è quanto di più perfetto si può ammirare; le sue idee sull'eziologia dell'affezione dominarono, si può dire, fino a questi ultimi tempi, fino alla scoperta di Nicolaier.

Con Ambrogio Pareo e col rifiorire della Chirurgia la storia del tetano fece un vero progresso, tanto più che l'invenzione delle armi da fuoco, avendo reso le battaglie più sanguinose, le ferite più gravi e più frequenti, era pure meno rara l'occasione di vedere l'insorgere di questa malattia, compagna poco gradita di Marte. Aggiungansi le nuove scoperte dei paesi caldi presso l'Equatore, dove il tetano è più frequente che da noi, e per le quali si ebbe perciò agio di moltiplicare le osservazioni sulla presente malattia.

Ma un progresso vero alla conoscenza di questo terribile morbo lo si ebbe solo in questi ultimi tempi, ed è legato ai nomi di Carle e Rattone e di Nicolaier.

Dopo una serie di tentativi infruttuosi fatti da autori precedenti, fra i quali piacemi citare Billroth, Arloing e Tripier, Rosenbach, Schultz, Carle e Rattone (b) riuscirono a produrre il tetano in una serie di conigli a cui avevano iniettato sotto la cute, tra i muscoli, nei nervi e nello speco vertebrale, una miscela acquosa del succo di una pustola di acne, tolta dalla regione soprajoidea di un individuo tetanico, due ore dopo la morte. — Inoculando il succo dei tessuti ricavato da questi conigli, in corrispondenza del punto d'innesto, essi produssero fenomeni tetanici in altri conigli. La inoculazione del sangue diede loro risultati negativi, quali avevano già avuto pure gli autori sopra nominati.

Poco dopo il lavoro di Carle e Rattone, venivano alla luce le osservazioni di Nicolaier (c), il quale coll'innesto sottocutaneo di alcuni saggi di terra riuscì a produrre nei topi, nei conigli, nelle cavie, un complesso di sintomi morbosi identici a quelli che si osservano nei tetanici; Nicolaier e Flügge rilevarono poi, coll'esame batterioscopico degli essudati esistenti nel punto d'innesto, la

(a) Questo capitolo troverebbe il suo posto migliore e naturale nel vol. I, parte 2ª, dove si trattano le malattie infettive comuni agli uomini ed agli animali. È per ragioni indipendenti dalla nostra volontà che fummo costretti ad inserirlo qui (S.).

V. pure *Trattato di Chirurgia* di Duplay e Reclus, vol. I, parte 1ª, pag. 229. Traduzione italiana edita dall'Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1893.

(b) Studio sperimentale sull'eziologia del tetano, Torino 1884.

(c) Ueber infectiösen Tetanus, Göttingen 1884.

costante presenza di bacilli sottili, setolosi, alquanto più lunghi e meno grossi di quelli della setticemia dei topi, descritti da Koch; coll'innesto di questi essudati si poteva sempre riprodurre il tetano nei topi e nei conigli.

Così veniva dimostrata l'origine infettiva del tetano già sospettata e sostenuta, in base alla semplice osservazione clinica, da Heiberg (1861), Travers, Rose, Billroth, Arloing e Tripier, ecc.

E d'allora gli studii sulla eziologia del tetano andarono moltiplicandosi tanto in Italia come all'estero. La scuola italiana soprattutto lasciò una larga impronta nello studio dell'eziologia e terapia di questa malattia, come vedremo meglio in seguito, quando avremo occasione di ricordare il nome di quelli che con maggior profitto si occuparono dell'argomento. Chè arida cosa sarebbe e troppo lunga qui registrare quelli che si applicarono allo studio di questo terribile morbo.

Noterò soltanto come, dopo la scoperta di Nicolaier, Kitasato e Tizzoni riuscirono pei primi ad isolare il bacillo del tetano in coltura pura e produrre il tetano con queste colture viventi o coi loro prodotti solubili.

L'identità del tetano sperimentale col tetano umano venne dimostrata dal caso occorso a Nicolas (*Soc. de Biol. de Paris*, 21 ottobre 1893), il quale contrasse il tetano per semplice puntura di un ago di siringa di Pravaz, sterilizzato, ed accidentalmente intriso in una coltura pura di bacilli di Nicolaier filtrata.

Chantemesse e Widal, Heyse, Stern, Tullio Rossi Doria, ecc., trovarono che la causa del tetano puerperale devesi al bacillo di Nicolaier, al quale pure va attribuito il tetano o trisma dei neonati, secondo gli studii di Beumer, Peiper e altri (*a*), per quanto vi sia ancora qualche pediatra (Hénoch), che sostenga potere il trisma dei neonati ripetere anche un'altra causa.

Infine Carbone e Perrero (*b*) riuscirono a dimostrare l'identità di origine del tetano reumatico e del tetano traumatico.

Cosicchè veniva con queste osservazioni a cadere l'antica divisione del tetano in *tetano traumatico* e *tetano idiopatico* o *reumatico*, ed il tetano puerperale come il tetano o trisma dei neonati entravano nel quadro comune del tetano, insieme col tetano cefalico, come avremo occasione di vedere in seguito.

E noi comprenderemo per tali ragioni in una descrizione unica tutte queste varie forme di tetano, perchè unica è la causa, identica la sintomatologia, differente è [?] soltanto la porta d'entrata e forse la virulenza dell'agente infettante.

Soggiungeremo ancora come Tizzoni e Cattani sieno riusciti ad applicare la sieroterapia al tetano, secondo il principio di Behring.

Sintomatologia. — Il tetano comincia per lo più, nelle forme reumatiche, con dolori generali al capo, all'epigastrio, in quelle traumatiche al posto della ferita. Poi sopravviene un senso di rigidità alla nuca associata ad una maggior difficoltà nei movimenti del mascellare inferiore, qualche volta anche in quelli della lingua della deglutizione.

Nell'uomo il trisma è in generale il primo sintoma del tetano, a differenza di quello che si osserva nel tetano esperimentale, dove invece la rigidità

(*a*) Beumer, Zur Ætiologie des Trismus, sive Tetanus neonatorum; *Centralbl. f. klin. Med.*, n. 42, 1887. — Id., Beitrag zur Ætiologie des Trismus sive Tetanus neonatorum; *Deutsches Archiv f. klin. Med.*, Bd. XLVII, H. 1-2, 1890. — Peiper, Zur Ætiologie des Trismus, sive Tetanus neonatorum; *Zeitsch. f. Hyg.*, vol. III, 1887.

(*b*) R. Accademia di Medicina di Torino, 17 maggio 1895.

comincia al punto d'inoculazione e di là si estende a poco a poco alle altre regioni, seguendo le vie anatomiche per contiguità. Non devesi però credere che questa differenza fra il tetano umano ed il tetano sperimentale sia così netta come apparirebbe. In parte essa deriva dal fatto che il medico arriva spesso a vedere l'ammalato quando già il tetano è generale, ed i pazienti non hanno posto attenzione ai primi leggieri sintomi iniziali. D'altra parte la rapidità con cui si svolgono i sintomi della malattia è talvolta tale da non riuscire possibile il tener dietro con esattezza alla loro successione. Aggiungasi che le osservazioni dei chirurghi antichi e le moderne hanno ricordato e ricordano ad ogni momento dei casi, bene studiati, nei quali appunto i sintomi dolorosi e la rigidità cominciavano al luogo della ferita (*a*), e l'emprostotono, sintoma raro del tetano, si osservò specialmente nel tetano puerperale. Il tetano così detto reumatico poi comincia ai muscoli del capo e del collo probabilmente perchè appunto in questi casi la porta d'entrata del virus infettante è nelle prime vie digestive e respiratorie (Carbone e Perrero, Kamén). Del resto il tetano reumatico può anche cominciare con rigidità alle regioni lombari (Alpago-Novelli), o contrattura ai muscoli addominali (Tibaldi). Il tetano cefalico è poi un esempio splendido di inizio, o anche localizzazione, del tetano al sito del trauma, quale si vede nel tetano sperimentale di animali poco ricettivi, come ad es. il cane. — Cosicchè l'osservazione spassionata ha fatto cadere anche questa differenza, nell'inizio, fra il tetano umano e lo sperimentale.

Il periodo che trascorre dall'epoca in cui venne riportata una ferita e quella in cui si sviluppano i primi fenomeni tetanici ha una durata variabile, da 5 a 10 giorni. Nel caso ricordato di Nicolas fu di giorni 3 $^1/_2$.

Qualche volta i sintomi compaiono si può dire quasi subito dopo la ferita o poche ore dopo, altre volte dopo qualche settimana, qualche mese (Morgan); Heinecke avrebbe visto un caso in cui il tetano si sarebbe sviluppato dopo 2 anni. Ciò che non è contrario alla teoria infettiva del tetano, sapendosi come possano restare dei focolai infettivi latenti nel nostro organismo per un tempo vario anche di anni e di lustri, e poi ad un certo tempo invadere, per una causa qualunque, l'organismo; la tubercolosi offre numerosi esempi di simil genere.

Nei neonati la malattia suole svilupparsi da 4 ad 8 giorni dopo la nascita, talora anche fino al 14° giorno. Così pure si è nella prima o seconda settimana del puerperio che si sviluppa il tetano uterino.

Il tetano reumatico segue di solito di poco l'azione del raffreddamento.

I sintomi iniziali del tetano si sviluppano per lo più inavvertitamente, ed è allo svegliarsi che l'ammalato avverte i primi e più leggieri disturbi della malattia, preceduti talvolta da disordini vaghi ed indeterminati del sensorio comune e da dolori indefinibili analoghi ai reumatici, specialmente poi da aumento della sensibilità della ferita, con senso di puntura locale, che si diffonde alle parti limitrofe.

Di rado il principio della malattia è decisamente acuto e contrassegnato da un unico ed intensissimo brivido di freddo.

(*a*) Importante è l'osservazione di Riberi e Bruno fatta in un periodo in cui non si pensava ancora all'origine infettiva del tetano; essi videro il tetano svilupparsi appunto dall'arto inferiore sinistro di un individuo, il quale aveva avuto una ferita d'arma da fuoco al piede dello stesso lato, e di là estendersi ai muscoli dell'addome ed ai masseteri (V. Riberi, Opere minori, Torino 1851-52, vol. II, carte 296, 97, 98, ecc.).

V. pure Gowers, Malattie del sistema nervoso, trad. it., L. Vallardi editore. — Knud Faber, Die Pathogenese des Tetanus; *Berl. klin. Woch.*, XXVII, 31, 1890. — Klemm, Ueber lokale Krämpfe als primäres Symptom des Tetanus; *Deutsche Zeitsch. f. Chir.* XLII, 4-5, 1896.

I primi fenomeni di rigidità in breve tempo aumentano e si estendono; ben presto il paziente non può più aprire affatto le mascelle (trisma); la rigidità si estende alla nuca ed ai muscoli della colonna vertebrale, la quale si estende (opistotono).

Il trisma e l'opistotono sono i sintomi più comuni e più frequenti ad osservarsi nel tetano, e già noti fin dai tempi d'Ippocrate. Oltre a questi atteggiamenti del corpo dovuti alle contrazioni muscolari, in ragione dei gruppi muscolari interessati, dobbiamo ancora ricordare l'*ortotono*, quando il corpo è rigido e diritto come un bastone, l'*emprostotono*, quando l'arco formato dalla colonna vertebrale ha la propria convessità rivolta in addietro, il *pleurostotono* (di Boenecken o *tetano laterale* di Sauvages), quando il corpo s'incurva fortemente sopra uno dei suoi lati. L'emprostotono ed il pleurostotono sono forme rare della malattia, tantochè vennero, a torto però, negate da molti autori. Qui di passaggio notiamo ancora come la divisione che dai tempi d'Ippocrate si faceva del tetano, a seconda del prevalere dei sintomi di contrattura in un dato territorio muscolare piuttosto che in un altro, e quindi in trisma, opistotono, ortotono, ecc., venne abbandonata, specialmente dopo gli studii di Rose.

La rigidità, estendendosi, può invadere i muscoli della faccia, dando alla fisionomia dell'ammalato un'impronta caratteristica, che aiuta singolarmente la diagnosi fin dal principio dell'affezione: il volto, nei casi ben pronunciati, esprime la tristezza e l'angoscia nella sua metà inferiore, e nella metà superiore ricorda l'atteggiamento di chi si sveglia allora da un lungo sonno, di chi lotta contro un senso d'eccessiva stanchezza, a cui può anche associarsi l'espressione di un gaio sorriso. La fronte è corrugata, gli occhi semichiusi, le sopracciglia tratte in alto; la fenditura della bocca è stirata in senso trasversale, i suoi angoli abbassati, i denti lasciati in parte allo scoperto, i solchi nasolabiali più pronunciati che di norma; si ha il così detto *risus sardonicus*, caratteristico dei tetanici, che in queste condizioni pallidi, coi tratti del volto decomposti, rassomigliano a vecchi decrepiti, quando sono ancora nel pieno della loro gioventù o fanciullezza. Devesi questo al fatto che tutti i muscoli del viso sono presi dal crampo, e predominano naturalmente i muscoli più forti sui più deboli.

In principio lo spasmo tonico è soltanto accompagnato da un senso di rigidità, ma crescendo questa si aggiungono dolori in corrispondenza dei muscoli rigidi. Allora intervengono a quando a quando delle esacerbazioni dei fenomeni di contrattura, accessi tetanici, lievi in principio, ma che ben presto si fanno man mano più violenti, accompagnandosi ad acutizzazione dei dolori muscolari.

Gli accessi sono di solito brevi, della durata di 5"-10" e lo spasmo è maggiore nei muscoli, che sono sede della rigidità tonica; l'atteggiamento primitivo del corpo, negli accessi, viene esagerato. La rigidità della nuca dà luogo alla completa fissazione del capo in estensione esagerata; la colonna vertebrale forma un arco a convessità anteriore, il torace esagera la propria sporgenza in avanti, e sembra più ampio; l'epigastrio è fortemente depresso, l'addome pianeggiante e rigido; le gambe sono rigide, i piedi distesi, cosicchè l'ammalato, negli accessi più gravi, non poggia più che sulla nuca e sui calcagni, o, se gli arti sono poco invasi o risparmiati, sulla nuca e sul sacro. Durante gli accessi si fanno più stirati i tratti del viso, più strette le mascelle, tra le quali talvolta la lingua è presa e morsicata; dalla bocca esce una quantità di schiuma spesso sanguinolenta. Il torace persiste immobile durante

l'attacco, come serrato fra due rigidi pilastri, la glottide è chiusa, e il viso diventa cianotico per l'arresto della respirazione.

In generale, gli avambracci e le mani non partecipano alla rigidità tetanica, e se sono presi, anch'essi assumono di regola la posizione in estensione. Soggiungeremo come talvolta anche il pene entri in erezione spasmodica.

Durante gli accessi, sudori profusi colano a rivi dal capo e dalla superficie del corpo dell'ammalato, il quale accusa dolori violenti all'epigastrio, dovuti probabilmente al crampo del diaframma; questo sintoma è, si può dire, costante e da alcuni ritenuto patognomonico del tetano.

Lo spasmo tonico si presenta a seconda dei casi, più o meno diffuso ed intenso, rarissimamente nei casi leggieri è intermittente, o più spesso continuo con esacerbazioni; di rado è continuo; talora gli accessi sono brevi, ma frequentissimi.

I muscoli respiratorii prendono parte maggiore o minore all'accesso; il respiro si fa superficiale, breve ed accelerato, l'ammalato prova un senso di costrizione alle fauci e di ambascia indicibili; negli attacchi più violenti la glottide può occludersi completamente, il respiro arrestarsi e sopravvenire la morte per asfissia. Nel tetano cefalico e nel tetano dei neonati la morte avviene appunto per questo fatto, che costituisce il maggior pericolo pel paziente, e non per la gravità della malattia per sè.

Il crampo può essere inspiratorio, ed allora la glottide è aperta, od espiratorio e la glottide è allora chiusa (Richet); in quest'ultima posizione, meno frequente della prima (Gowers), il disturbo circolatorio nel torace è maggiore e più grave il pericolo di morte per asfissia per quanto si sia verificata anche la morte per asfissia in 2ª giornata in casi di crampo inspiratorio (Harris e Doran).

Gli accessi di spasmo sono spesso repentini, come scosse violenti che assalgono il paziente; la loro frequenza, talora maggiore di notte che di giorno, cresce col progredire della malattia, e ritorna a diminuire quando questa decorre ad esito favorevole o letale.

Gli accessi si manifestano per lo più spontaneamente e senza nessuna causa esterna visibile; talvolta bastano i più leggieri stimoli sui nervi sensitivi o sensoriali, una stretta un po' brusca della mano di un amico, il contatto delle dita del medico che tasta il polso, il fruscìo d'un abito, il rumore dei passi, ecc., a provocare lo spasmo. Invece accade che stimoli più forti, come punture di spillo, specialmente se avvertiti, rimangano senza effetto (Kussmaul). I semplici movimenti volontari sono talora sufficienti a destare lo spasmo, cosicchè si vedono questi insorgere qualche volta cogli atti di deglutizione, onde una certa somiglianza coll'idrofobia. Tale sintoma è specialmente spiccato e frequente nel tetano cefalico, che, per questo, venne anche chiamato *tetano idrofobico.*

Durante il sonno, sì naturale che artificiale, lo spasmo generalmente cessa per ritornare allo stato di prima o anche maggiore appena l'ammalato si sveglia. Conviene però avvertire come l'insonnia sia un sintoma caratteristico del tetano.

La coscienza si mantiene integra fino alla morte; in via eccezionale si osservarono delirii preagonici.

I muscoli degli occhi non prendono parte allo spasmo; lo strabismo che si sarebbe qualche volta osservato, rappresenterebbe, al dire di Wunderlich, un fenomeno premortale.

Rari sono i disturbi dei sensi superiori, specifici.

Lo stato generale del paziente è notevolmente alterato: la difficoltà del respiro, la posizione coatta del corpo, l'impossibilità di deglutire, sotto il tormento della fame e della sete, per ironia più vive e sentite, rende compassionevole la condizione di questi ammalati; i loro dolori diventano veramente strazianti ad ogni attacco, che li immerge in uno stato di eccitamento e di ambascia indescrivibili.

I dolori dei muscoli hanno il carattere che è proprio di tutti i crampi, ad es. di quello delle sure. — Talora si ha anche iperestesia, la sensibilità dolorifica è aumentata, la pressione sui muscoli, spasmodicamente contratti, provoca atroci dolori. Ciò non di meno qualche volta si constatò diminuzione della sensibilità tattile e termica, allo stesso modo che si osservò talora il dolore muscolare non essere continuo, ma accompagnare solo gli accessi tetanici, o, in casi rarissimi, mancare anche durante questi accessi, od essere rappresentato da un senso piacevole di vellicamento (Blanc).

I sudori possono qualche volta accompagnarsi ad eruzione di sudamina; altre eruzioni cutanee state registrate sono probabilmente dovute ai rimedi usati.

Il respiro, durante lo stato di rigidità, non presenta che lievi alterazioni di frequenza: 20—24 respiri al minuto.

Ma le respirazioni richiedono grandi sforzi da parte dell'ammalato e sono accompagnate da senso di oppressione, e perchè i muscoli respiratorii prendono parte all'affezione, e perchè i secreti si accumulano nei bronchi, e non venendo espulsi per la tosse, impedita dal predominante stato d'irrigidimento dei muscoli inspiratorii, contribuiscono ad ostacolare maggiormente l'entrata dell'aria negli alveoli polmonari. Durante l'accesso il respiro per lo più si arresta. La tracheotomia praticata per ovviare a questo stato dell'apparecchio respiratorio ebbe sempre risultato infelice, per ragioni ovvie ad intendersi.

Il polso è normale per frequenza, o di poco variato in più od in meno; spesso è piccolo durante gli accessi, forse in causa dello spasmo vaso-motorio generale, ed allora in generale è più frequente della norma (10—12 battute in più negli accessi che negli intervalli). Nel periodo premortale l'acceleramento del polso può essere tale da aversi 140—170—188 pulsazioni. Il polso qualche volta è irregolare, e il crampo delle arterie può essere tale da potersi, al dire di Liston, praticare talvolta un'amputazione senza che il paziente perda una sola goccia di sangue. — Il cuore può, durante lo spasmo, cessare ad un tratto di battere, arrestandosi in diastole, o per effetto dell'aumento repentino delle resistenze, specialmente se il cuore è debole, o forse per eccitamento del vago.

La temperatura nel tetano è per lo più normale o press'a poco; talvolta si osserva un leggiero rialzo vespertino, o ad ogni accesso; altre volte si ha una vera iperpiressia oppure temperatura febbrile durante tutta la durata della malattia, ma, in questi casi, pare che l'innalzamento della temperatura sia il più spesso dovuto a complicanze, ad esempio, alla suppurazione delle ferite. Notevole è il fatto che talora, all'avvicinarsi dell'esito letale, la temperatura nel tetano si accresce grandemente fino a 42°-43°, e questo aumento continua parecchie ore anche dopo morte tanto da verificarsi delle temperature post-mortuali di 45° C. Singolare coincidenza di alte temperature pre- e post-mortuali colle affezioni del ponte di Varolio e della regione superiore del midollo cervicale, che sono anche le regioni prime ad essere colpite nel tetano.

L'urina è per lo più scarsa e colorita; l'azoto non è aumentato anche nelle forme febbrili, contrariamente a quello che si verifica nelle altre piressie

(Senator, Bauer). La creatinina è pure diminuita in confronto con l'escrezione dell'urea. L'albuminuria è un fatto frequente ad osservarsi nel tetano, come nelle altre infezioni, ma qui non in grado notevole; si osservano talora anche cilindri; questi furono da Griesinger riscontrati soli (cilindri jalini), senza albumina, in un caso di tetano traumatico. La glicosuria è un sintoma raro nel tetano.

L'emissione dell'urina può essere ostacolata, od addirittura impedita del tutto durante gli accessi. La volontà spesso non riesce a provocare l'urinazione, ma nemmeno si osserva, salvo casi eccezionali, involontaria emissione delle urine durante l'accesso. La ritenzione dell'urina, dovuta essenzialmente a spasmo dello sfintere della vescica, cessa sovente di per sè dopo un bagno caldo prolungato per qualche ora.

Per quanto riguarda le funzioni digerenti, dobbiamo notare come spesso la lingua sia secca e patinosa, la saliva viscida e filante, la sete ardente e molestissima, mentre normale è l'appetito, anzi spesso esagerato, per quanto il paziente sia ridotto, causa la chiusura delle mascelle, nell'impossibilità di saziare la fame. Le funzioni digerenti si verificano normali nei casi nei quali l'ammalato riesce ad introdurre del cibo. Solo esiste generalmente un'ostinata stitichezza, dipendente e da rigidità dei muscoli del basso ventre, e da anomalie dei moti peristaltici, nonchè dalla grande perdita di liquidi per la pelle in confronto della scarsa introduzione in causa dello spasmo delle prime vie digerenti. Le feci sono scure e fetentissime.

È questa la forma più comune di tetano, sia reumatico che traumatico, che si osserva, e caratterizzata essenzialmente da sintomi d'eccitazione muscolare. Il tetano dei neonati e quello puerperale non presentano sintomi clinici speciali da meritare una descrizione a parte. Ma accanto a queste forme ne venne descritta un'altra nella quale si notarono pure dei sintomi paralitici, in ispecial modo da parte del facciale: è il tetano cefalico, o tetano idrofobico, o tetano paralitico, sul quale conviene fermarsi brevemente.

Fu il Rose che per la prima volta, nel 1870, descrisse questa forma di tetano, che egli chiamò tetano idrofobico; altri nomi ricevette in seguito quest'affezione: tetano disfasico (Giraldès), tetano (o trisma) paralitico (Klemm), tetano cefalico con paralisi del facciale (Villar), tetano traumatico con emiplegia facciale (Giuffré), tetano cefalo-paralitico (Houques), tetano bulbare (Janin). Il nome di Villar o quello di Giuffré paiono più accettabili.

La malattia è stata descritta in Italia dal Triglia (*Giornale di Neuropatologia*, 1884), da V. Oliva (*a*), e da Giuffré (*b*). Bernhardt, Nerlich, Brunner, Klemm, ecc., per tacere di tanti altri, ne fecero oggetto di studio e tentarono la spiegazione della singolare fenomenologia.

I casi di tetano cefalico pubblicati erano scarsi in passato. Giuffré ne aveva raccolto appena 20 casi (1887), Réclus (1893) 32 casi, Klemm 38 (*c*), Johnston 73; attualmente le osservazioni vanno moltiplicandosi, conoscendosi meglio la malattia.

Il tetano cefalico si presenta sempre (salvo forse casi eccezionali e dubbii),

---

(*a*) Un caso di Kopftetanus (tetanus hydrophobicus di Rose); *Gazzetta delle Cliniche*, 1886, 2° semestre.

(*b*) Un caso di tetano traumatico con emiplegia facciale; *Lo Sperimentale*, ottobre 1887.

(*c*) Klemm, Die Facialislähmung bei dem Tetanus hydrophobicus des Menschen; *Deut. Zeitsch. f. Chir.*, XXXII, 3-4, 1891.

in seguito ad una ferita del capo, di qualunque natura ed importanza essa sia; può però conseguire anche a carie dentaria (Zsigmondy), ad estrazione dei denti (Putnam), ad otite purulenta, a lesione della faringe (Buisson), ecc. La durata dell'incubazione è, come per le altre forme di tetano, di 5 a 10 giorni, con un minimo di 1 giorno, un massimo di 28. Comincia con trisma spesso unilaterale, od anche bilaterale, dolori violenti, e paralisi del facciale, generalmente dal lato della ferita, qualche rara volta dal lato opposto (?), od anche bilaterale. Poi vengono i sintomi di disfagia e di idrofobia, ai quali venne data molto maggior importanza di quello che ne abbiano, essendosi solo osservati nella metà circa dei casi, per lo più in modo passeggiero, e non essendo essi che segni di propagazione dello spasmo ai muscoli della faringe. Non è pure rara la concomitanza del crampo della laringe, causa frequente dell'esito letale. Lo spasmo si diffonde talora anche ai muscoli del collo, ed in qualche caso pure a tutto il corpo, in modo da realizzare il quadro del tetano comune generale, con la sola differenza della presenza dei sintomi di paralisi che accompagnano quelli di eccitazione.

L'eccitabilità elettrica fu trovata per lo più normale, o di poco alterata in corrispondenza del facciale paralitico: Nerlich constatò esagerazione dell'eccitabilità galvanica e faradica; in un caso di mia osservazione era distinta la R D che scomparve colla guarigione della paralisi. I muscoli paralitici possono essere flaccidi o rigidi; dal lato non paralizzato i muscoli sono normali, o contratti. Mancano i disturbi sensitivi; qualche volta si notò strabismo; la febbre può esistere, anche alta fino a 39°,5 e più. Vi può essere ipertermia preagonica (Navarre, *Lyon méd.*, n. 5, 1894). Il decorso è per lo più cronico (2 mesi e più di durata), e la guarigione si credeva pel passato avvenisse nel 50 % e più dei casi; ma forse la gravità della malattia è maggiore di quello che si pensava, e non differisce dal tetano comune; nell'età bambina e sotto ai 30 anni la prognosi è migliore.

Ritornando ora al tetano comune diremo come esso non si presenti sempre allo stesso modo; non tutti i sintomi che abbiamo enumerato compaiono sempre od hanno la stessa intensità. Vi sono dei casi leggieri, nei quali non vi ha che il trisma, accompagnato o no da rigidità dei muscoli della nuca (*a*): sono queste nell'adulto forme reumatiche, spesso a decorso benigno; nei neonati invece qualche volta il trisma è l'unico segno del tetano, che è però generalmente letale. Nei casi più gravi lo spasmo del tronco sopravviene contemporaneamente al trisma; gli accessi fin dal principio compaiono violenti, e il paziente muore in 2-3 giorni, od anche in poche ore. Altre volte si ha per molti giorni ed anche settimane appena il trisma con la rigidità della nuca; lo spasmo del tronco sopravviene solo tardi. Naturalmente i movimenti volontarii sono aboliti o quasi in corrispondenza dei muscoli colpiti, l'andatura è

(*a*) Kussmaul (Ueber eine abortive Form des Tetanus; *Deutsches Arch. f. klin. Med.*, Bd. XI, H. 1, 1872) descrisse " una *forma abortiva* del Tetano, che non appartiene al tetano mite di Rose, ma rappresenta una varietà distinta e caratteristica. La differenza consiste in ciò che nel tetano abortivo le scosse elettriche, che nel tetano mite costituiscono il sintoma predominante, mancano affatto, mentre la rigidità tetanica perdura moderata e continua per un tempo maggiore (3 settimane e più) e invade numerosi gruppi muscolari ".

Questa forma si sviluppa dopo 3-4 settimane dalla lesione e decorre senza febbre, senza aumento di frequenza del polso, senza insonnia, senza esagerazione dell'eccitabilità riflessa; i movimenti volontarii non sono del tutto aboliti, ma solo limitati, per cui è possibile il camminare; esistono abbondanti sudori.

impossibile, il paziente non può attendere ad occupazioni manuali. Il decorso del tetano è costituito essenzialmente dai sintomi spasmodici: rigidità continua con esacerbazioni, o pause alternantisi con accessi tetanici, ecc.

La durata della malattia, nei casi che decorrono a guarigione, se leggieri (sono però assai rari), è di 2-3 giorni; se gravi, di 3-6-8 settimane. Nei casi che decorrono a morte la durata della malattia varia da poche ore a 20-30 giorni e più; la morte avviene quasi sempre dal 4° al 10° giorno di malattia. Di regola, trascorsi i primi giorni della malattia, aumenta sempre più la speranza della guarigione; anzi Ippocrate aveva detto che il tetano guarisce quando è superato il 4° giorno di malattia, ciò che non va inteso in senso assoluto, potendosi verificare la morte per tetano anche dopo qualche settimana.

Nei casi che terminano a guarigione gli accessi si fanno sempre più rari e meno violenti, e dopo un certo tempo, due o tre settimane, finiscono per iscomparire. La rigidità persiste ancora qualche tempo, per quanto diminuita, fino a dileguarsi completamente; per lo più scompare dalle regioni dove era apparsa ultima, e dura di più nelle regioni che furono le prime ad essere assalite, mascelle, collo. È raro il caso che scompaia prima lo spasmo tonico, e persistano gli accessi tetanici.

Di grande importanza per la guarigione è il ritorno del sonno normale.

La comparsa delle paralisi nella convalescenza del tetano è eccezionale, se pure è vero, fatta naturalmente astrazione dei casi di tetano cefalico (*a*).

Il tetano pare non si ripeta nella stessa persona, contandosi sulle dita i casi nei quali si verificò la recidiva.

In generale la forma idiopatica o reumatica del tetano pare meno deleteria della traumatica, per quanto alcuni asseriscano il contrario; Gowers dà una mortalità del 50 % per la forma idiopatica. Nei paesi caldi pare che la mortalità per tetano idiopatico sia maggiore. Nel tetano traumatico la mortalità è del 90 % circa, e maggiore nelle donne che nell'uomo (Gowers); pare sia più benigna, al dire di alcuni, la forma cefalica, come già notammo.

Pel tetano traumatico poi, un assioma dell'antica chirurgia, che le osservazioni moderne confermarono quasi sempre vero, dice che esso ha un decorso tanto più favorevole quanto più lungo è il periodo di tempo che passa fra il momento in cui venne riportata la ferita e quello in cui si svilupparono i sintomi tetanici. Quando i sintomi tetanici si sviluppano dopo il decimo giorno dal trauma, la guarigione è più frequente che nei casi nei quali i sintomi sono comparsi prima del 10° giorno, e se la malattia comincia entro i primi dieci giorni la guarigione è piuttosto rara, per quanto vi sieno casi di guarigione nei quali il tetano si sviluppò nei primi tre giorni dal trauma.

Alcuni medici poi attribuirono un valore pronostico a certi determinati segni. Così sarebbero disperati quei casi nei quali, fin dai primi giorni della malattia, ad ogni tentativo di deglutizione tengono dietro degli accessi di soffocazione (Lawrie); la comparsa di uno strabismo, anche leggiero, sarebbe indizio di catastrofe inevitabile (Wunderlich); segno pure di pericolo grave ed imminente sarebbero tanto la frequenza aumentata del polso (Parry), come la iperpiressia.

La maggior parte di questi sintomi però hanno uno scarso valore prono-

---

(*a*) Recentemente De Brun (*Acad. de Méd. de Paris*, 18 agosto 1896) descrisse, fra i postumi del tetano, un vero accorciamento dei muscoli, e precisamente di quelli già stati in preda alle contrazioni tetaniche, accorciamento che però scompariva lentamente dopo qualche settimana.

stico; invece sono certamente sempre di cattivo augurio la violenza e la frequenza dei parossismi tetanici. L'esito prontamente letale si osserva di regola in quei casi in cui la rigidità aumenta rapidamente e giunge in poco tempo ad un elevato grado di intensità: tetano acuto di E. Rose. Si conoscono dei casi in cui la morte avvenne in poche ore dallo sviluppo della malattia. Nei neonati poi l'esito letale è, al dire di Baginski, Papieski, ecc., quasi assolutamente letale; per altri invece non tanto quanto si credeva fino a questi ultimi tempi. Poichè una statistica di Fronz riferisce che, nell'Ospedale dei bambini di Sant'Anna in Vienna, dal 1865 al 1893 furono trattati 48 bambini per tetano, di cui morirono 20 = 41,6 %, e del 1875 al 1893 di 12 bambini affetti da tetano dei neonati morirono 5 = 41,6 %. Nessuno di questi casi subì un trattamento specifico (*a*). Per quanto riguarda la frequenza, si osservarono, dal 1865 al 1894, 50 casi di tetano, in un periodo in cui furono curati nello stesso ospedale 30,930 ammalati e 450,929 all'ambulatorio. Fronz attribuisce ai neonati e bambini una minor predisposizione dell'adulto al tetano.

La mortalità nel tetano era, però, ad ogni modo, assai grande, nei tempi passati; poche erano le malattie che per questo riguardo ad esso si avvicinassero; solo l'idrofobia lo superava, e la mortalità sembrava più grande dopo le ferite gravi che dopo le ferite leggiere. Nel tetano che si verificava nelle armate combattenti, generalmente è dalla parte che perdeva che si notava la maggiore mortalità accanto alla maggiore morbidità, e ciò si capisce, dato lo stato d'animo e le condizioni fisiche di un esercito sconfitto. — Nei paesi caldi il tetano traumatico è pure grave: a Calcutta si ha una mortalità dell'83 % (Wallace).

Molte di queste cifre però sono forse esagerate, poichè non è sempre facile avere una statistica esatta della mortalità per tetano; infatti molte forme leggiere passano inosservate, altre gravi non sono diagnosticate; delle forme traumatiche sono raccolte nella rubrica delle forme idiopatiche, ecc.; inoltre varia la mortalità da paese a paese, da stagione a stagione, da guerra a guerra; essa varia anche secondo le condizioni igieniche in cui si trovano i pazienti, e le cure prestate.

Sormani dà una mortalità del 44 % negli anni 1882-87 in Italia; nel biennio 1886-87 morirono sessanta ammalati di tetano sopra 90; mortalità 66,66 % (*b*).

Il tetano puerperale è forse la forma più grave del tetano, più letale certamente di quello dei neonati; anzi finora non pare si sia verificato nessun caso di guarigione, quando sopravvenne dopo un aborto. La mortalità arriva ad 88-89 % (Gauthier, Vinay); per fortuna che esso è raro fra di noi; ma è più frequente, come il tetano dei neonati, nei paesi caldi.

Nei due terzi dei casi di tetano che finiscono a morte, questa avviene

---

(*a*) Fronz, Ueber Tetanus im Kindesalter. — *Verhandl. d. 11 Versamm. d. Gesell. f. Kinderheilk.*, pag. 252, 1894.

(*b*) Una prova della difficoltà di avere una statistica esatta della mortalità per tetano l'abbiamo da questo, che Albertoni, su 315 casi pubblicati nel decennio 1882-1892, dà una mortalità del 21,1 %, mentre Giarrè, rispondendogli, riferisce come la statistica di Rose dia 84,2-87,5 % di morti, quella di Richter l'88 %, su 717 casi di tetano traumatico contratto in guerra (*Allg. Chir. die Schussverletzung im Kriege*, 1877). Nella guerra dell'America del Nord la mortalità avrebbe raggiunto l'89,3 %, e Demme parla del 93 % di mortalità; nella guerra franco-prussiana di 326 casi guarirono 31 = 9,5 %; in media però la mortalità sarebbe del 90 % circa (*Therap. Monatsh.*, H. 2, 1893, pag. 81). Egli è che l'Albertoni calcola solo i casi che vennero pubblicati per far vedere l'efficacia dei rimedii, che sono per lo più i guariti, tacendo la maggior parte dei morti.

durante un attacco tetanico o per debolezza cardiaca o per asfissia. La causa dell'indebolimento del cuore sta nell'aumento della pressione intra-vascolare (sia per la compressione dei vasi da parte dei muscoli contratti, sia per lo spasmo vaso-motorio), aumento di pressione che il cuore non è in grado di vincere. Talora la morte è conseguenza dell'esaurimento o di una qualche complicanza. Qualche volta, all'appressarsi della morte, i parossismi cedono, e l'esito letale avviene coi fenomeni di un leggiero delirio, grandissima frequenza del polso e notevole elevazione della temperatura.

Diagnosi. — È molto facile nei casi conclamati.

Conviene anzitutto distinguere il tetano, specialmente nel suo inizio, dallo spasmo tonico uni- o bilaterale, dovuto ad altre cause, specialmente d'ordine chirurgico; oltre che questa forma non è frequente, devesi notare che nel tetano, anche leggiero, non manca mai un lieve grado di rigidità della nuca.

Basta accennare poi alla possibilità della confusione delle convulsioni tetaniche con quelle che si manifestano nell'anemia, nella epilessia, nell'isterismo, nella paralisi agitante, nell'uremia, nell'acetonemia, in quelle malattie del midollo spinale che sogliono essere accompagnate da fenomeni irritativi della sfera motoria, ecc., perchè un medico oculato, posto sull'avviso, sappia trarsi d'impaccio abbastanza facilmente.

Così pure non è difficile distinguere il tetano dalla tetania, facendo la ricerca dei sintomi speciali che sappiamo essere caratteristici della tetania.

La meningite cerebro-spinale epidemica, come anche la meningite tubercolare, possono presentare dei sintomi tetanici; manca però in esse per lo più il trisma, ed i sintomi concomitanti, specialmente da parte del polso e del respiro, nonchè degli organi dei sensi e dei muscoli oculari, ecc., sono molto diversi nelle due malattie (*a*).

Baginsky (*b*) ha pure recentemente richiamato l'attenzione sulla possibilità di osservare sintomi tetanici nella difterite, su di che Marquardt aveva già espresso un'opinione analoga, non ritenendo come assurda la possibilità che " il virus difterico, accanto all'azione paralizzante sua propria, possa, in determinate circostanze, dar luogo a crampi tonici ". È quello che si osserva qualche rara volta nell'infezione pneumococcica.

È inutile soggiungere come non bisogni confondere il tetano colla lissa, colla quale presenta un unico sintoma comune, ed anche questo nel tetano non costante, lo spasmo della faringe; sono tanti del resto i segni differenziali fra le due malattie, che uno scambio fra di loro è impossibile.

Per quanto riguarda l'avvelenamento stricnico, dobbiamo notare come esso non cominci mai col trisma, le convulsioni sieno in questa forma morbosa subito generali, predominanti agli arti inferiori ed alle mani, intercalate da pause, e ben presto seguite dalla morte o dalla guarigione; nell'avvelenamento stricnico la coscienza è pure essa disturbata od abolita. Il tetano invece comincia con trisma, le convulsioni sono più localizzate al tronco e al capo, che non agli arti, non vi hanno che di rado delle vere pause fra i singoli attacchi convulsivi, la coscienza è conservata. Inoltre l'esagerazione

(*a*) Vanni e Giarrè, Dor (citato da Charrin) trovarono il bacillo del tetano nel midollo spinale, e N. Gregoraci, a sua volta, in un caso di meningite spinale, complicato a tetano, ebbe pure lo stesso reperto. Questi fatti però sono rari, se pure venne in quelli citati eliminata nella ricerca ogni causa d'errore (*Rif. med.*, 1894, vol. III, pag. 1894).

(*b*) Baginsky, Tetanussymptome bei Diphtherie; *Berl. klin. Woch.*, XXX, 9, 1893.

dell'eccitabilità riflessa è un sintoma precoce nell'avvelenamento da stricnina, tardivo nel tetano; in quello poi manca il dolore violento epigastrico caratteristico del tetano. Naturalmente accanto alle forme nette vi sono delle forme, specialmente subacute o croniche, in cui riesce difficile diagnosticare il tetano essenziale dall'avvelenamento da stricnina.

Anatomia patologica. — L'anatomia patologica del tetano è ancora tutta da fare; prima della scoperta di Nicolaier la si credeva una neurosi, dopo un avvelenamento, e si era quindi del parere che le lesioni del sistema nervoso non fossero che funzionali, onde la trascuranza degli anatomici a studiare questo argomento. Aggiungasi la difficoltà tecnica di preparare convenientemente la sostanza nervosa, che rende poco sicure e trascurabili le osservazioni antiche. La rigidità cadaverica interviene precocemente nel tetanico, tanto che si disse che lo spasmo nel tetano passa direttamente alla rigidità cadaverica; tuttavia si ha sempre un periodo, sia pur breve, di rilassatezza, prima che quella incominci. Il reperto dei polmoni e del cuore è in relazione colla causa della morte, coi disturbi circolatorii determinati dagli accessi tetanici. I muscoli spesso contengono piccoli stravasi; le fibre muscolari sono sede di rotture, specialmente in quei muscoli che presentarono più violenti i sintomi dello spasmo tetanico. Le fibre muscolari del resto si presentano per lo più normali, o sono qualche volta granulose, ed anche con tendenza alla divisione longitudinale (Bowmann). I muscoli sono più ricchi di acqua e più poveri di sostanze albuminose, per quanto le sostanze azotate sieno in maggiore quantità e abbondante sia la lecitina (Danilewski).

Nel tetano traumatico, la ferita può essere cicatrizzata o in via di guarigione, talora è gangrenosa. I nervi della parte affetta sono, nella maggior parte dei casi, normali, spesso presentano i segni di una infiammazione in atto più o meno pronunciata; la neurite in qualche caso si estende fino al midollo (neurite ascendente). Nel tetano puerperale talora l'utero si presenta pressochè normale, od offre i segni di una metrite pio-settica; possono anche trovarsi nella sua cavità dei resti di placenta. Nel tetano dei neonati è frequente l'infiammazione del cordone ombellicale, o l'arterite ombellicale nel cordone, talora anche con infiammazione del peritoneo vicino; ma spesso la regione ombellicale non presenta nulla di particolare.

Nel pus, nei resti gangrenosi della ferita, nella cavità uterina, nel funicolo ombellicale, si riscontra quasi sempre la presenza di microorganismi piogeni e spesso del bacillo capocchiato di Nicolaier, però in iscarsa quantità. Le inoculazioni negli animali (cavie, conigli, topi), di brandelli di sostanza necrotica, o di pus delle ferite, della superficie uterina, ecc., possono produrre il tetano. Nel sangue non si trova mai il bacillo del tetano, eccetto che in casi eccezionali; forse in questi casi il reperto è dovuto a poco rigore nella tecnica, o si tratta di forme setticemiche gravissime e rare, oppure il bacillo del tetano penetrò nel torrente circolatorio solo negli ultimi momenti di vita del paziente. Invece riesce spesso di constatare nel sangue la presenza della tossina tetanica, capace di dare agli animali fenomeni di tetano.

Nel cervello e nel midollo spinale è costante la dilatazione dei vasi grandi e piccoli, insieme a piccole emorragie, quali si riscontrano in tutti i casi di morte con fenomeni convulsivi. Negli emisferi cerebrali l'esame microscopico non fece rilevare nulla di anormale; così pure, ad occhio nudo, non si riscontra niente altro di particolare nel midollo allungato e nel midollo spinale. Per quanto riguarda le lesioni microscopiche del sistema nervoso

centrale, volendo tener conto solo degli studi moderni di Bonome (*a*) e Venturi (*b*), perchè incostanti e talvolta contraddittorii i reperti antichi di Gimelle, Rokitansky, Demme e Wagner, Leuckart, Clarke, Michaud, Benedickt, ecc., troviamo che, secondo il primo dei suddetti autori, " nel decorso dell'infezione tetanica il midollo spinale va soggetto a delle profonde alterazioni degenerative, oltrechè ad un'intensa iperemia delle sue due sostanze e dei suoi involucri. L'intensità e l'estensione del processo degenerativo subiscono delle considerevoli variazioni, in rapporto con delle circostanze speciali, quali la rapidità con cui il virus tetanigeno si diffonde e lo stato in cui si trovava il midollo spinale prima che si verificasse l'infezione tetanica.

" La degenerazione si manifesta di preferenza nei cordoni della sostanza bianca e nelle radici spinali, mentre soltanto in casi in cui l'alterazione è molto avanzata, si vede degenerata la sostanza grigia..... Queste alterazioni degenerative hanno sede precipuamente nei cordoni di Türck e nelle zone radicolari anteriori e posteriori; meno intensamente vengono interessati il fascio piramidale crociato, il fascio cerebellare e la parte periferica dei cordoni posteriori. La sostanza grigia sembra resista molto di più all'azione del virus tetanigeno; diffatti anche in quelle parti ove la degenerazione è molto estesa, le cellule ganglionari si conservano pressochè normali; esse sono le ultime a scomparire ".

In due casi, studiati dal Bonome, " la regione lombare era sede di una attiva proliferazione della neuroglia, mentre esisteva una quasi completa degenerazione degli elementi nervosi, per modo che ne risultava un ingrossamento notevole non nettamente limitato della regione, simulante a primo aspetto un tumore. Tali modificazioni si accompagnavano altresì con alterazioni degenerative dei nervi della cauda equina, i quali aderivano fittamente al rigonfiamento lombare del midollo, partecipando alla manifestazione morbosa ". " Un simile reperto, dice Bonome, giustificherebbe l'ipotesi che il virus tetanigeno, innanzi di generalizzarsi per le vie sanguigne, manifesti un'azione sui nervi della località in prossimità od anche ad una certa distanza dalla porta d'ingresso dell'agente patogeno, determinando delle lesioni anche in quelle parti del midollo colle quali questi rami nervosi stanno in diretto rapporto ".

Anche il Venturi trovò le maggiori alterazioni, di natura degenerativa, in corrispondenza del midollo lombare e limitate precisamente alle radici dei nervi spinali che partono dalla porzione media ed inferiore del rigonfiamento lombare. Nei tagli di questa regione del midollo si vedevano, in alcuni fasci delle radici anteriori, delle masse di varia grandezza e numero costituite in parte da fibre alterate, in parte da una sostanza omogenea, proveniente dalle alterazioni delle fibre stesse; nessuna lesione d'importanza riscontrò nella corteccia cerebrale. Le alterazioni erano, come nei casi di Bonome, più intense nelle radici nervose in diretto rapporto colla regione ferita. È singolare poi il reperto concorde di questi autori di gravi alterazioni nel midollo lombare nel tetano messo in confronto col fatto che tale malattia comincia quasi sempre od è accompagnata da dolori lombari, talvolta gravissimi.

Achard (*c*) trovò fibre degenerate nei nervi periferici, e non solo in corri-

---

(*a*) Sulle alterazioni del midollo spinale nel tetano; *Arch. per le Scienze mediche*, vol. XV, fasc. I, 1891.

(*b*) Einige Beobachtungen ueber anat.-path. Veränderungen bei einem Fall von Tetanus traumaticus; *Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, n. 3, 1892, rif. in *Riforma medica*, vol. I, 1892, p. 765.

(*c*) Note sur les lésions des nerfs dans le tétanos; *Arch. de Méd. expér.*, IV, 6, 1892.

spondenza del punto leso, che egli interpreta come conseguenza di neuriti discendenti.

Per quanto riguarda il tetano cefalico le osservazioni più importanti sono quelle di Nerlich (a). Il tronco del facciale venne trovato per lo più integro; però Nerlich nel suo caso constatò nel maggior numero delle cellule gangliari del nucleo motorio del trigemino, nonchè in alcune del nucleo del facciale e dell'ipoglosso delle alterazioni, che consistevano in una degenerazione conducente alla formazione di vacuoli.

Negli organi interni non si trova il bacillo del tetano; Sormani, coltivando pezzi di tessuto nervoso, presi da varie regioni dei centri e dai nervi periferici, ebbe risultati negativi: le colture furono sterili.

A questi reperti aggiungo ancora le osservazioni di Marinesco, il quale avrebbe riscontrate lese le cellule ganglionari del midollo, in seguito alla iniezione di tossine tetaniche (b).

Ognun vede però come finora le osservazioni siano troppo scarse, e monche, per potere su di esse fondarsi onde farsi un concetto giusto ed esatto della natura del tetano. Vediamo se possiamo con altri sussidii acquistare in proposito maggiori cognizioni.

Eziologia. — Il tetano è una malattia piuttosto rara (c); è più frequente nell'uomo che nella donna, come 6 ad 1 il tetano traumatico, come 4 ad 1 quello idiopatico (Gowers); ciò perchè gli uomini sono più soggetti alle cause del tetano delle donne. Naturalmente in queste cifre non si contemplano i casi di tetano uterino, e di tetano dei neonati.

(a) Nerlich, Ein Beitrag zur Lehre vom Kopftetanus; *Archiv f. Psych. und Nervenkrankh.*, Bd. XXIII, H. 3.

(b) Marinesco (*Soc. de Biol.*, 4 luglio 1896) trova che le lesioni dipendono dall'intensità del virus e dalla durata dell'intossicazione: la sostanza grigia anteriore e posteriore presenta delle emorragie diffuse, forse maggiori nel corno anteriore. — Le cellule nervose, tanto delle corna anteriori come di quelle posteriori, qualunque sia il grado d'intensità del virus tetanico, non presentano il loro aspetto normale, e le lesioni più apparenti riguardano gli elementi cromatofili, che mutano di volume e di forma; sono più sottili, spesso a mo' di bastoncini, mentre allo stato normale hanno aspetto poligonale, e, in uno stadio più avanzato, diminuiscono di lunghezza. Qualche volta sono ridotti a granulazioni irregolari, disseminate nel corpo della cellula o disposte a rete; sopra certe preparazioni sono scomparsi alla periferia della cellula, che prende un aspetto uniforme. Marinesco ha visto questa lesione anche nella rabbia e nell'anemia del midollo consecutiva alla legatura dell'aorta addominale; Acquisto e Pusateri la osservarono nell'uremia acuta sperimentale (*Riv. di Pat. nerv. e ment.*, 1896, n. 10). Gli elementi cromatofili possono scomparire quando la lesione sia un po' avanzata.

I prolungamenti protoplasmatici presentano le stesse lesioni per quanto riguarda i loro elementi cromatofili; il loro volume pare aumentato, i loro margini sono irregolari, granulosi. La sostanza acromatica del corpo della cellula e dei suoi prolungamenti è più scura, qualche volta anzi prende la stessa tinta degli elementi cromatofili modificati. In certi casi poi la cellula, la quale conserva ancora la sua configurazione esterna, è trasformata in un vero blocco di colore intenso nel quale è difficile riconoscere qualche elemento cromatofilo profondamente modificato di volume e di struttura. È probabile che si tratti allora di necrosi da coagulazione.

Le lesioni del nucleo, poco manifeste nel primo stadio della malattia, si accentuano in seguito, se il tetano durò qualche tempo: il contorno del nucleo è meno ben definito, la sua colorazione è qualche volta più intensa, scompare la rete nucleare.

Le cellule neurogliche sono aumentate di volume. Quando il tetano si fa cronico, si trovano pure lesioni degenerative nella sostanza bianca, dipendenti probabilmente da una alterazione delle cellule del cordone.

(c) Abbiamo visto che in Italia in un biennio si verificarono 90 casi di tetano; al Guy's Hospital in 32 anni si osservarono 72 tetanici, 1 ogni 1570 ammalati di altre malattie; a Vienna in 10 anni 50 casi di tetano, vale a dire 1 su 4798 ammalati.

Il tetano sopravviene ad ogni età, ma è più frequente fra i 10 ed i 50 anni, mentre i primi cinque anni di età (ad eccezione del 1° mese di vita) sono quasi immuni dalla malattia.

Le razze colorate, nei paesi dove sono soggette alle stesse influenze della razza bianca, presentano con maggior frequenza il tetano. Aggiungasi che il tetano è pure più frequente e più micidiale nei paesi tropici che non nelle zone temperate e fredde. A Bombay la media dei morti in seguito a tetano raggiunse nel periodo di sei anni, 1848-53, il 5,9 % della mortalità generale, mentre in Inghilterra nello stesso periodo la mortalità per tetano fu appena del 0,0031 % della mortalità generale.

Nei paesi caldi, si è soprattutto nei neonati che il tetano fa così grandi stragi, e ciò più particolarmente nelle razze colorate.

Recentemente Fontan (*a*) ebbe di nuovo campo di studiare il tetano ai tropici, dove lo vide infierire specialmente nei bambini, soprattutto delle razze colorate. Fontan potè stabilire, fatto già verificato spesso da altri, la contagiosità del tetano in una stessa casa, in una stessa sala d'ospedale, ecc., e notò un certo rapporto fra lo sviluppo del tetano e la razza equina, essendo a suo dire la frequenza del tetano umano corrispondente a quella dell'equino; dove è frequente il tetano umano sarebbe pure, secondo lui, frequente il tetano equino o almeno animale, per quanto non abbia potuto trovare un caso di trasmissione del tetano dal cavallo all'uomo.

Fino a questi ultimi tempi si credeva che la causa del tetano risiedesse o nei traumi o nel raffreddamento. Così era naturale attribuire al distacco del cordone il trisma o tetano dei neonati, al trauma uterino pel parto o per l'aborto il tetano uterino.

Per quanto riguarda le ferite l'osservazione aveva dimostrato che il numero di gran lunga maggiore dei casi di tetano traumatico si verificava in conseguenza di ferite lacere e contuse, con penetrazione ed arresto di corpi estranei nei tessuti e poi in seguito a ferite di arma da fuoco..... Dobbiamo però dire qualunque genere di ferite (anche atti operativi, iniezioni ipodermiche fatte con aghi non disinfettati, l'innesto del vaccino (Toms), colpi di frusta (Sormani), ecc.) può dare luogo al tetano, di preferenza quelle inquinate da terra, sterco di animali, medicate con ragnatele, ecc.

Così pure non esiste rapporto diretto fra la frequenza del tetano e l'ampiezza e l'estensione delle ferite, mentre, per quanto riguarda la sede, si notò che le ferite degli arti sono quelle a cui più di spesso segue il tetano.

Il tetano può svilupparsi qualunque sia l'indole della ferita, tenda essa o meno alla guarigione, anche quando è guarita, con o senza cicatrice. Non esiste, si può dire, nessuna ferita, cominciando dalle più gravi ed andando fino alle più leggiere ed insignificanti, in seguito alla quale non possa svilupparsi il tetano, che si verifica poi spesso quando la ferita si presenta gangrenosa e con tendenza alla piosetticemia.

Nei neonati, assaliti da tetano, non si riscontrarono invece sempre, come già dicemmo, pronunziate e caratteristiche alterazioni nell'ombellico. Invece si osservò spesso che, migliorando le condizioni igieniche del brefotrofio, il tetano diminuiva o scompariva. Come si videro frequenti casi di tetano in neonati curati dalla medesima levatrice, e questa portare la stessa malattia a

---

(*a*) J. Fontan, Sur la pathogénie du tétanos dans les régions tropicales: *Gaz. hebd.*, XXXVI, 25, 26, 1889.

delle puerpere; così pure dei medici, che curavano dei tetanici, portarono il tetano ad altri feriti od a puerpere.

Heinricius (*a*) racconta di una levatrice e di un medico che prestavano le loro cure ad un neonato affetto da tetano; dieci giorni dopo assistettero una puerpera, che morì dopo due giorni di tetano. — Amon, dopo aver assistito un ammalato di tetano, fece l'estrazione della placenta ad una partoriente, e, malgrado accurata disinfezione delle mani, questa contrasse il tetano e morì dopo cinque giorni.

Il tetano si osservò pure abbastanza frequentemente, specialmente nei tempi passati, dopo l'ovariotomia (Philips, Meynert, ecc.), od altre operazioni sui genitali femminili.

Per quanto riguarda il tetano puerperale esso colpisce di preferenza le classi povere, ed è eccezionale nelle cliniche ostetriche; su 74 casi, due soli erano di persone agiate, e su 106 casi uno apparteneva ad una clinica ostetrica (Heyse). Vinay (*b*) riferisce che su 106 casi di tetano, 59 si svilupparono dopo il parto, 47 dopo l'aborto; a sua volta Heyse notò come tale complicanza si sia osservata, su 47 casi, 20 volte dopo lo scollamento della placenta, 17 volte dopo l'applicazione del forcipe, 3 volte dopo il rivolgimento, 1 volta dopo la perforazione dell'utero, 1 volta dopo un'operazione sul peritoneo.....

Venendo al tetano traumatico si notò anche qui che migliorando le cure apprestate ai feriti in guerra, questi ammalavano meno di tetano. Nella guerra franco-germanica su 24,262 ammalati del corpo di Werder, fra cui 7182 feriti, si ebbero soltanto 45 casi di tetano; invece statistiche antecedenti avevano dato 30 tetanici su 810 feriti, e, per quanto riguarda la mortalità, 50 tetanici e 50 morti, di 6 amputati 5 morti per tetano, e così di seguito.

Tutti questi fatti provano non solo l'identità del tetano dei neonati e puerperale col tetano comune traumatico, ma anche il carattere infettivo del tetano stesso. Se si aggiunge che già in tempo passato si poterono osservare in certe determinate epoche, in talune località: sale di ospedali, case, ecc., numerosi casi di tetano, non è da stupire che dei medici spassionati ed osservatori studiosi abbiano considerato la malattia in discorso come *epidemica*, e, date alcune particolarità del suo sviluppo, d'origine infettiva (Heiberg, Billroth, ecc.).

Le cause reumatiche, come il raffreddamento, i cambiamenti atmosferici, l'aria freddo-umida, il dormire in terreno umido alla bella stella (al pari dei maltrattamenti e irritazioni prodotte alle ferite, ecc., a cui si dava così grande e capitale importanza nei tempi passati, come causa diretta o coadiuvante il trauma, nella produzione del tetano), ora sono passate in seconda linea. Non vi ha nessuna prova diretta, la quale dimostri che le cause reumatiche come le traumatiche sieno bastate da sole a produrre la malattia; esse l'hanno tutto al più favorita, quelle diminuendo forse la resistenza dell'organismo, queste aprendo una porta al virus infettante.

Lo stesso dicasi dei patemi d'animo: i medici militari videro svilupparsi il tetano più facilmente negli eserciti vinti che nei vincitori, ed allo spavento Erichsen attribuiva una grande importanza come causa del tetano; i patemi d'animo, gli spaventi, come il raffreddamento, ed i traumi non sono che cause coadiuvanti dello sviluppo del tetano come di qualunque altra malattia infettiva.

Poichè il tetano, sia il reumatico come il traumatico, quello uterino e quello dei neonati, devesi ad una sola ed identica causa, ad infezione da

(*a*) Ein Fall von Tetanus puerperalis; *Centralbl. f. Gynaek.*, XV, 33, 1893.
(*b*) *Lyon méd.*, nn. 51-52, 1891.

parte del bacillo capocchiato di Nicolaier, ed oramai più nessuno dei moderni patologi accetta altre teorie, che quella infettiva, per ispiegare tale malattia; la teoria riflessa che dominò fino a questi ultimi tempi è oramai caduta di fronte a quella infettiva.

Fra le cause coadiuvanti accennate la più importante è sicuramente il trauma, come quello che apre la porta alla vera causa efficiente, al virus tetanico, che, una volta penetrato nell'organismo, ivi spiega la sua azione patogena. Senza bacillo di Nicolaier non v'ha tetano, e questo è sufficiente, senza nessun altro aiuto, a produrlo.

Come già sopra dicemmo, furono Carle e Rattone che pei primi (1884) dimostrarono la natura infettiva dal tetano, nell'anno stesso in cui Nicolaier scopriva che l'innesto della terra di giardino produce nei topi, nelle cavie e nei conigli una malattia simile affatto al tetano dell'uomo; Nicolaier e Flügge constatavano poi nel pus del luogo d'innesto degli animali inoculati la costante presenza di bacilli sottili, setolosi, che si coloravano bene colla fucsina.

Rosenbach in seguito dimostrò, per la prima volta, nell'essudato dell'uomo tetanico, fra le altre specie di microorganismi, la presenza di un bacillo fino, setoloso, munito talora di una piccola spora terminale in guisa da rassomigliarlo ad uno spillo, bacillo che egli considerò identico a quello di Nicolaier, ma che non riuscì ad isolare (*a*). Giordano (*b*), inoculando una goccia di coltura di pus profondo, spremuto dalla guaina dei vasi di un ammalato morto di tetano, pus raccolto al luogo della ferita, ed un pezzo di vena preso al di sopra della ferita stessa, riuscì a produrre il tetano nelle cavie, tetano che ottenne pure con l'inoculazione sotto la cute delle cavie, di un po' di terra asciutta mista a paglia, raccolta nel luogo stesso dove il paziente era caduto ed aveva contratto la ferita. In ambo i casi nel pus del luogo d'innesto trovò dei bacilli setolosi, simili a quelli di Nicolaier, che però non potè nemmeno lui isolare in coltura pura.

Bonome (*c*), a sua volta, con materiale fresco ricavato dalle ferite di tre casi di tetano traumatico dell'uomo, produsse costantemente il tetano nei conigli, topolini e cavie, trasmettendo poi col secreto tolto dalla località d'innesto ed in cui era sempre dimostrabile, coll'esame microscopico e colle colture, la presenza del fine bacillo setoloso o spilliforme di Nicolaier, il tetano da animale ad animale, fosse o non della stessa specie. Egli pure come Nicolaier e gli altri non riuscì ad ottenere la coltura pura del bacillo del tetano.

A simili risultati pervennero Bonardi, e Parietti, il quale ultimo ottenne pure il tetano negli animali con innesto di pezzi di tessuto della ferita di un ragazzo morto per tetano traumatico, nonchè con la terra raschiata dalla scarpa dello stesso che aveva inquinato la ferita, prodottasi appunto al calcagno; ma non potè neppure lui ottenere la coltura pura del bacillo, che riscontrò nel pus del luogo d'innesto degli animali insieme con altri microorganismi (*d*). Parietti stesso poi riuscì a riprodurre il tetano nei cani, creduti fino ad allora refrat-

---

(*a*) Rosenbach, Zur Ætiologie des Wundstarrkrampfes beim Menschen; *Bericht über d. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie*, XV Congress.

(*b*) Contributo all'eziologia del tetano; *Giorn. della R. Accad. di Med.*, 1887, n. 3-4.

(*c*) Sull'eziologia del tetano; *Giorn. dell'Accad. di Med. di Torino*, novembre 1886 e *Riforma medica*, 21 dicembre 1886. — *Arch. per le Sc. med.*, vol. XII, fasc. I, 1888.

(*d*) Dell'Acqua e Parietti, Contributo sperimentale all'etiologia del tetano traumatico; *Riforma medica*, marzo 1889. — Parietti, Note batteriologiche di un virus tetanigeno; *Ibid.*, aprile 1889.

tarii a tale malattia, e ad immunizzarli contro di essa, fatto constatato pure pure in seguito da Tizzoni e Cattani (*a*).

Il Bonome poi potè riprodurre il tetano negli animali coi calcinacci di una chiesa di Baiardo (Liguria) che, rovinata in seguito al terremoto del 1887, aveva ferito 70 persone, di cui nove ebbero il tetano, tetano che si sviluppò specialmente in coloro le cui piaghe furono più lorde di calcinacci; nel pus del luogo d'innesto egli trovò il bacillo di Nicolaier. Altri calcinacci di altre rovine dello stesso terremoto, presi in località dove non erasi notato il tetano, non diedero nessun risultato positivo. Dimostrò infine il Bonome che il tetano da castrazione, così frequente negli animali, non è altro che un tetano traumatico perfettamente identico a quello che si osserva nelle ferite dell'uomo. Anche Kitt provò che il tetano del cavallo (pecora e cane) è identico al tetano umano ed a quello prodotto coll'inoculazione della terra tetanigena; inoltre trovò che il pus essiccato e contenente bacilli sporiferi è ancora virulento dopo 4-16 mesi.

Hochsinger (*b*), Vanni e Giarré (*c*), ecc. dimostrarono a loro volta la proprietà del sangue dell'uomo tetanico di dare il tetano agli animili. Però non venne confermato l'altro reperto da loro ottenuto della presenza, nel sangue stesso del tetanico, del bacillo di Nicolaier o delle sue spore.

Ma stimo inutile di allargarmi ulteriormente sulla storia della scoperta dell'agente infettante; troppo lungo sarebbe enumerare gli autori che questi pochi fatti accennati confermarono in mille modi.

Bastimi notare come l'avere in passato visto quasi sempre negli animali infètti il bacillo di Nicolaier con altre forme bacillari, dalle quali non era possibile isolarlo, aveva condotto gli autori ad ammettere l'esistenza di una specie di simbiosi fra questi diversi microorganismi, necessaria pel loro sviluppo e pel prodursi dell'infezione. Opinione dimostrata falsa in seguito, quando fu possibile isolare il bacillo di Nicolaier, e produrre solo con esso il tetano, per quanto però la presenza di altri microorganismi giovi allo sviluppo del bacillo di Nicolaier, e ne favorisca l'infezione.

Furono Kitasato (*d*), e Tizzoni e Cattani (*e*) che riuscirono pei primi, quasi contemporaneamente, ad isolare il bacillo del tetano in coltura pura, trapiantare queste colture e produrre con esse il tetano negli animali. Vero è che Flügge aveva già ottenuto, riscaldando la terra per 5′ a 100°, in coltura pura il bacillo in questione, ma non gli era più stato possibile di ritrapiantarlo puro in identici mezzi di nutrizione (siero di sangue), il che non soleva avvenire per le colture doppie.

Kitasato otteneva lo scopo scaldando le colture impure, di almeno 30 ore a 37° C., a 80° C. per circa un'ora; a questa temperatura tutti i bacilli muoiono, resistono solo le spore del tetano che si erano frattanto formate. Tizzoni e Cattani facevano le colture isolanti in un'atmosfera d'idrogeno.

Il bacillo del tetano, in colture giovani e nel pus dei tetanici, si presenta sotto forma di bastoncini, piuttosto lunghi e sottili, isolati o riuniti in fila-

---

(*a*) Parietti, Sull'immunità verso il virus tetanico conferita sperimentalmente ai cani; *Riforma medica*, agosto 1889.

(*b*) *Centralbl. f. Bacteriologie*, Bd. II, nn. 6-7.

(*c*) Vanni, Sulla natura infettiva del tetano; *Raccoglitore medico*, 1886. — Vanni e Giarré, Nuove ricerche microscopiche e sperimentali sulla natura infettiva del tetano; *Riforma medica*, agosto 1887.

(*d*) Ueber Tetanusbacillus; *Zeitsch. f. Hygiene*, vol. VII, 1889.

(*e*) Ricerche batteriologiche sul tetano; *Rif. med.*, 1889, n. 86.

menti anche lunghi. Cresce bene a 36°-38°, ma prospera anche alla temperatura della camera; sotto i 14° C. non si sviluppa più; a 42°-43° C. dimostra già evidenti forme involutive, ed a 60° muore rapidamente.

Il bacillo del tetano è mobile, e provvisto, secondo Schwartz (*a*), di un unico filamento ciliare situato ad una delle estremità del bacillo, od in prossimità di esso; è strettamente anaerobio, e in presenza dell'ossigeno muore presto.

Le spore si sviluppano in 30 ore alla temperatura di 37°, in una settimana a 20°-25° C.; sono sempre terminali, e dànno al bacillo l'aspetto di bacchetta di tamburo o di spillo: esso allora è lungo 3-5 μ, e presenta ad un'estremità la sua spora brillante, per lo più rotonda o leggermente ovale, grossa 2-4 volte il corpo bacillare.

I bacilli sporigeni sono immobili.

Il bacillo si colora bene cogli ordinari colori di anilina, specialmente colla fucsina, e si colora pure col metodo di Gram; anche le spore si colorano come i bacilli.

Kitasato, Sormani, Tizzoni e Cattani, Schwartz, ecc., studiarono la resistenza del virus tetanico agli agenti chimici e fisici.

Le spore resistono al calore e ai disinfettanti chimici; non muoiono che dopo sei ore di una temperatura di 80° C., possono vivere per una o due ore a 90° C., per 1/4 d'ora a 100° C., e per 5' a 115° C. Resistono poco invece all'azione della luce, specialmente se a contatto dell'ossigeno atmosferico (*b*).

Sopportano per 15 ore l'azione del fenol al 5 %, per tre ore quella del sublimato all'1 ‰. Sormani trovò utili nella profilassi del tetano le medicazioni delle ferite con sublimato al 2 ‰, jodoformio e jodolo (*c*). Tizzoni e Cattani osservarono che il corpo più attivo è il nitrato argentico, il quale alla soluzione all'1 % uccide le spore in 1'.

Il bacillo del tetano cresce nella gelatina; nelle colture piane le colonie sono visibili, dopo 2-3 giorni, sotto forma di una macchia granulosa centrale, circondata da un'areola di raggi finissimi; nelle colture per infissione in gelatina con glucosio, o con solfoindigotato di soda, e disposta in alti strati, oppure nella gelatina ordinaria, privata dell'ossigeno, si sviluppa in 3-5 giorni, sotto forma di filamenti, o strie bianco-grigiastre, irradiantisi in direzione perpendicolare alla linea d'innesto, tutto attorno alla stessa. La gelatina si liquefa lentamente con isviluppo di gas, ed allora i bacilli precipitano in fondo a mo' di fiocchi biancastri, lasciando però opaca tutta quanta la gelatina. — Nell'agar si ha lo sviluppo come nel primo stadio delle colture in gelatina, con abbondante svolgimento di gas, ma senza fluidificazione.

Nel siero di sangue liquido si sviluppa, solidificandolo prima e poi disciogliendo il siero coagulato (Tizzoni, Cattani e Baquis); nel siero di sangue solidificato il bacillo si sviluppa fluidificandolo o no a seconda del grado di

---

(*a*) Di un carattere morfologico del bacillo del tetano; *Lo Sperimentale*, n. 18, 1891.

(*b*) Tizzoni e Cattani, Ueber die Widerstandfähigkeit der Tetanusbacillen gegen phys. und chem. Einwirk; *Arch. f. experiment. Path. u. Pharm.*, vol. XXVIII, 1890. — Vaillard et Vincent, Contribution à l'étude du tétanos; *Annales de l'Institut Pasteur*, n. 1, 1891.

(*c*) V. Sormani, Nuovi studi batteriologici e sperimentali sul tetano; *Boll. Accad. Med. di Roma*, 1888-89. — Id., Sui neutralizzanti del virus tetanigeno; *Rif. medica*, agosto 1889. — Id., Studi sperimentali sui neutralizzanti del virus tetanigeno; *Rend. dell'Ist. lombardo*, serie II, vol. XXII, fasc. XII-XIII. — Id., Ancora sui neutralizzanti del virus tetanigeno e sulla profilassi chirurgica del tetano; *Rif. med.*, gennaio 1890. — Art. di Sormani: Tétanos nel vol. I del *Traité prat. de Médecine* di Bernheim e Laurent, Parigi, A. Maloine, ed., 1895.

virulenza maggiore o minore che esso possiede. — Cresce pure bene nel brodo con isviluppo di gas, ed alla superficie delle patate sotto forma di strato umido, lucente, simile a quello che vi forma il bacillo del tifo.

Le colture del bacillo del tetano emanano un odore disgustoso di corno bruciato; la reazione del mezzo di sviluppo del bacillo virulento è sempre distintamente alcalina.

Nelle colture artificiali il bacillo del tetano va soggetto ad attenuazione, sulla quale insistettero Tizzoni e Cattani, che diedero pure le proprietà biologiche del bacillo tetanigeno virulento e attenuato, spiegando così alcuni caratteri differenziali delle colture, che si presentarono diversi ai diversi autori, a seconda del grado di attenuazione del bacillo con cui avevano da fare (*a*).

Abbiamo detto che il bacillo del tetano è anaerobio obbligato. Dobbiamo però tosto soggiungere come Belfanti e Pescarolo, fin dal 1889, abbiano asserito di aver ottenuto, essi pei primi in coltura pura, il bacillo del tetano, che secondo loro " date certe condizioni biologiche intimamente legate alla natura dell'ambiente in cui si coltiva, può avere vita aerobica ed anaerobica, e nei mezzi anaerobici assumere diverse forme, dalla coccacea alla bacillare ", compiendo un ciclo di sviluppo analogo a quello dei microorganismi dello *Streptothrix*. Questo bacillo anaerobio facoltativo, al dire di Belfanti, tanto all'aria, come nei gas, produrrebbe un identico tossico che ucciderebbe gli animali con tetano classico (*b*).

Queste osservazioni trovano un appoggio in un lavoro pubblicato, fin dal 1887, da Rattone e Ferrari (*Arch. ed Atti della Società ital. di Chirurgia*), nelle osservazioni di Lampiasi, Vincenzi, ecc.; Rattone e Ferrari in un caso di tetano, insorto in una donna operata di ovariotomia, poterono isolare un cocco che coltivato anaerobioticamente ed inoculato in conigli, li uccise colle tipiche manifestazioni del tetano. Rattone però " non è d'avviso che il cocco fosse una forma di transizione, poichè era anaerobio, non cambiò aspetto anche dopo anni, ed il tetano era a riportarsi all'azione delle tossine ".

Lampiasi (*Giornale internazionale di Scienze mediche*, 1888) dà un'esatta descrizione di un bacillo sporigeno, mobile, aerobio, che non liquefà la gelatina, che sporifica in capo a 10-15 giorni, con ispora ovalare, e che a suo dire avrebbe dato il tetano a molti animali.

Anche Vaillard e Vincent (*c*) dicono non essere assolutamente necessaria la mancanza dell'aria per la coltivazione del bacillo di Nicolaier, che può crescere anche in aria alquanto rarefatta, e Sanchez-Toledo e Veillon (*d*) ci fanno sapere che nelle colture in gelatina ed in alti strati, molto ricche di germi, dopo un certo tempo si può osservare un rigoglioso accrescimento nella superficie libera; Tizzoni, Cattani e Baquis (*e*) riconoscono pure al bacillo del tetano l'attitudine a vegetare rigogliosamente all'aria nel sangue di coniglio,

---

(*a*) Sull'attenuazione del bacillo del tetano; *Rif. med.*, 1891, n. 89.

(*b*) V. S. Belfanti, Sulla morfologia del bacillo del tetano; *Arch. per le Sc. med.*, vol. XVI, n. 20, 1892. — È a notare come il bacillo del tetano, di cui qui si parla, non è quello descritto dagli stessi autori nel 1888, il quale negli animali non diede mai il vero tetano, e che essi non affermarono mai essere l'agente del tetano.

V. Belfanti e Pescarolo, Sopra una nuova specie di batterio patogeno riscontrato in un materiale tetanigeno; *Giorn. R. Accad. Med.*, nn. 6-7, 1888.

(*c*) Contribution à l'étude du tétanos; *Ann. de l'Institut Pasteur*, n. 1, 1891.

(*d*) Recherches microbiologiques et expérimentales sur le tétanos; *Arch. de Méd. expérim.*, n. 6, 1890.

(*e*) Untersuchungen über Tetanus; *Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path.*, 1889.

e colture aerobiche ottennero pure il Vincenzi del bacillo di Nicolaier (*a*), ed il Righi (*b*).

G. Grisconi (*c*), del laboratorio diretto da L. Vincenzi, da sue osservazioni, in parte discordanti da quelle del Belfanti e di altri, venne a concludere che " il bacillo del Nicolaier nel terreno si trova allo stato aerobico; come tale non è capace di produrre tossina, quindi non è patogeno. Per acquistare virulenza esso ha assoluto bisogno della compagnia di alcuni microbii, i quali oltre che preparargli un ambiente anaerobio (che, sebbene sia necessario, da sè non è bastevole) gli forniscono, o coi loro prodotti o con le loro cellule viventi, delle condizioni specialissime di vita valevoli a fargli segregare tossina ".

Tali osservazioni sulla vita aerobia del bacillo del tetano non hanno finora trovato conferma presso i più valenti cultori della patologia, che con autorità si occuparono di questo speciale argomento, onde è prudente riservare per ora in proposito il nostro giudizio.

Finora domina fra i batteriologi l'opinione, che ha in suo appoggio prove indiscutibili, che il bacillo di Nicolaier sia sempre, salvo casi eccezionali, un anaerobio obbligato.

Il bacillo del tetano si trova sparso in natura nel terriccio dei giardini, nella polvere delle strade, nel ripieno dei soffitti delle case, nelle ragnatele (Sormani, Belfanti e Pescarolo (*d*), negli escrementi degli animali, ecc., nel pus delle ferite degli animali e degli uomini infetti di tetano, con numerosi altri microorganismi aerobii ed anaerobii. Nicolaier, Bonome, Giordano, Sanfelice, Marchesi, Turco, Roncali, Sanchez-Toledo e Veillon, ecc., dimostrarono questa grande diffusione in natura del virus tetanico, il quale, al dire di Turco, resisterebbe da 50 giorni a 12-13 mesi al disseccamento, 80 giorni alla putrefazione.

Secondo Schwartz (*e*), le spore del tetano si diffondono per l'aria, cadono sul pavimento, sulle pareti, sulle ferite; il virus tetanico vive nell'acqua, per la quale si possono infettare le ferite. Così si spiegano le epidemie di tetano di una casa, di una sala d'ospedale, ecc., il trasporto del tetano che fa il medico o la levatrice da un ammalato all'altro.

Il tetano si osserva spontaneamente negli animali: cavalli, pecore, bovini; non si constatò mai nei cani e negli uccelli che provocato artificialmente, ed ancora servendosi di grandi dosi di colture virulenti.

Verneuil (*f*), osservando appunto che gli animali maggiormente colpiti dal tetano erano i cavalli e che un grandissimo numero di casi di tetano umano si erano verificati in individui che trovavansi in contatto con questi animali, emise la teoria dell'*origine equina* del tetano, sostenendo che il bacillo del tetano sia ospite del cavallo, dal quale si propagherebbe, come la morva,

---

(*a*) Sulla morfologia del bacillo del tetano, Nota critica; *Rif. med.*, n. 35, febbraio 1893, vol. I, pag. 411.

(*b*) Sulla biologia del bacillo del tetano (Laboratorio di L. Vincenzi); *Rif. med.*, vol. III, 1894, pag. 651.

(*c*) Il bacillo del tetano è aerobico e atossico nel terreno, Nuova teoria patogenetica; *Riforma med.*, vol. III, 1895, pag. 518.

(*d*) V. pure: Tamassia e Frattini, Le ragnatele come causa di tetano, Reggio-Emilia. — Chirone e Frattini, *Terapia moderna*, fasc. VII, 1891. — Caliari, *Rif. med.*, 1892, vol. I, pag. 318.

(*e*) R. Schwartz, Sulla diffusione delle spore del tetano per mezzo dell'aria. — Id., Sulla maniera di comportarsi del virus tetanico nelle acque; *Arch. per le Sc. med.*, n. 2, 1891.

(*f*) Études sur la nature, l'origine et la pathogénie du tétanos; *Rev. de Chir.*, Parigi 1888. — *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, Seduta del 17-26 marzo 1889. — *Soc. de Chir. de Paris*, Seduta del 26 luglio 1893, ecc.

direttamente o indirettamente, all'uomo ed agli altri animali. Egli nota, per portare un solo esempio fra i tanti argomenti da lui invocati in favore della sua ipotesi, che nell'esercito francese si ebbero, nelle ultime statistiche, 0,58 ‰ di tetanici nella fanteria, 1,5 nell'artiglieria e 2,15 nella cavalleria, differenze che, senza ricorrere alla sua teoria, si spiegano benissimo col fatto che le occasioni di esporsi a cause traumatiche sono appunto maggiori nella cavalleria che nella fanteria. Portarono argomenti in favore di questa teoria del Verneuil il Famechon, nonchè Ricochon, Verhoogen e Baert, ecc., pei quali il cavallo avrebbe, per rispetto alla trasmissione del tetano all'uomo, la stessa importanza che ha la vacca per la tubercolosi.

Ma essa venne subito combattuta da ogni parte, ed oramai non è più accettata da nessuno, nemmeno dal suo autore (*a*). Oltre al fatto che altri animali contraggono il tetano, sta contro questa teoria l'osservazione di casi di tetano in paesi (nell'Africa centrale), dove i cavalli sono straordinariamente rari (*b*).

Il Sormani (*c*) a sua volta cercò di spiegare i casi di Verneuil e tutti gli altri che con la ipotesi di Verneuil non si accordano con una nuova teoria, che egli chiama col nome di *teoria fecale del tetano*. Egli ammette che il bacillo di Nicolaier nel terreno non sia capace di moltiplicarsi, essendo anaerobio, ed anzi vada attenuandosi, data l'abbondanza di ossigeno col quale si trova in presenza, per cui, a lungo andare, la sua virulenza scomparirebbe, se non penetrasse con grande facilità nel tubo digerente degli animali. Ivi le spore del tetano, sfuggendo all'azione del succo gastrico, inattivo su di esse, troverebbero, nell'ambiente anaerobio e caldo dell'intestino, le condizioni più propizie per moltiplicarsi, e detta moltiplicazione sarebbe favorita anche dalla presenza di altri microorganismi fra cui importante il *Clostridium foetidus* di Liborius, che Sormani trovò sempre compagno indivisibile del bacillo di Nicolaier. Colle feci gli animali emetterebbero il bacillo, che tosto sporificando assumerebbe la forma più resistente, e nel terreno troverebbe modo di propagazione. Sanchez-Toledo e Veillon (*d*) videro pure che gli escrementi dei cavalli e dei bovini sani sono spesso tetanigeni, e contengono bacilli del tetano molto virulenti. Per quanto seducente, questa teoria non ha trovato molti seguaci; è tuttavia prudente attendere nuove prove prima di pronunciarci contro come fa con tanto calore il Grisconi, il quale a sua volta emette una nuova teoria, sopra accennata, basata su di un'ipotesi che è da dimostrare e contraria a quello che osservarono i patologi più valenti, per la quale il bacillo del tetano sarebbe incapace da solo di segregare la tossina.

La teoria che viene attualmente accettata dalla grande maggioranza dei patologi è la teoria dell'origine tellurica del tetano. Il bacillo di Nicolaier vive, come già dicemmo, nel terreno, nelle case (*e*), nei letamai, ecc., insieme con altri microorganismi che ne favoriscono od ostacolano lo sviluppo, può

(*a*) V. *Soc. de Chir. de Paris*, Sedute 22-29 marzo 1893. — *Acad. de Méd. de Paris*, Seduta del 1° agosto 1893.

(*b*) Vallas, Nature infectieuse du tétanos: *La Prov. méd.*, I, 1889.

(*c*) V. Sormani, Azione dei succhi digerenti sul virus tetanigeno; *Riforma med.*, aprile 1889. — Id., Teoria fecale del tetano, il virus tetanico nel suolo deriva dalle feci degli animali; *Ann. dell'Istituto d'Igiene sperim. della R. Università di Roma*, vol. I, fasc. III, 1891.

(*d*) Sur la présence du bacille du tétanos dans les excréments du cheval et du bœuf à l'état sain; *Semaine méd.*, X, 45, 1890.

(*e*) Heinzelmann in München, Ueber die Verbreitung des Tetanuserreger in Fehlbodenfüllungen Münchener Häuser; *Münch. med. Woch.*, XXXVIII, 10-11, 1891.

essere disseminato per mezzo degli escrementi degli animali (Sormani), per l'aria e per l'acqua (Schwartz), e venendo il terreno ad inquinare le ferite può dare origine al tetano.

Ogni altra teoria cede davanti a questa che raccoglie il suffragio universale, e nella quale entra pure la teoria fecale di Sormani, di cui è più larga e più comprensiva.

Negli animali il tetano si sviluppa in seguito all'iniezione, sottocutanea, endovenosa, o in una cavità sierosa, del virus tetanigeno, il quale può produrre il tetano anche se messo a contatto di una ferita del corpo dell'animale. Sulla superficie libera del corpo, a cute integra, come anche per la via digerente e respiratoria (*a*) il virus del tetano non penetra nell'organismo, eccetto forse che in casi eccezionali (tetano reumatico?), e quindi per questa via non si contrae il tetano (Sormani).

La durata d'inoculazione varia negli animali secondo la loro sensibilità pel tetano e secondo la virulenza e la qualità del virus innestato, da 1-2 giorni (topi), fino ad 8-14 (conigli). Anche negli animali il tetano si manifesta, come nell'uomo, con crampi, che sopravvengono prima nella regione corrispondente al punto d'innesto, e poi si estendono rapidamente al resto del corpo, fino a produrre rapidamente la morte. Se l'iniezione è intraperitoneale od intravenosa il tetano è subito generale. Quanto più è lunga la durata dell'incubazione, tanto più lenta decorre l'affezione, e la prognosi è tanto più grave quanto più l'incubazione è breve. Lo stesso si verifica nell'uomo, ed anche negli animali possiamo, nelle forme a decorso lento, avere la guarigione.

Alla sezione, se si iniettarono delle colture pure, nel luogo d'innesto non si osserva che una leggiera infiltrazione; se invece si inoculò un materiale impuro, cenci di tessuto necrosato, terra, ecc., si trova un po' di suppurazione al punto d'innesto, come succede nell'uomo. In questo caso si riscontrano nel luogo d'innesto scarsi bacilli del tetano, provvisti di spore, insieme con altri microorganismi più o meno numerosi. Se si iniettarono colture pure non si constata, al luogo d'innesto, che la presenza di pochi bacilli di Nicolaier sprovvisti di spore. Può anche verificarsi il caso che non si trovino nemmeno bacilli, quando si inocularono solo spore, le quali vennero eliminate dalla fagocitosi, e la morte accadde per le sostanze tossiche introdotte aderenti alle spore. Negli altri organi dell'animale non si osservano lesioni, e soprattutto manca dappertutto il bacillo del tetano, che non si trova nemmeno nel sangue (*b*), salvo forse casi eccezionali (*c*).

Allontanando colla lavatura le tossine dalle spore o distruggendole col calore, senza intaccare le spore, queste non dànno tetano, se iniettate sole, lo dànno invece se iniettate con acido lattico od altri batterii. Lo stesso si verifica sottoponendo le colture a 20°-22° C., alla quale temperatura i bacilli non secernono veleno nei primi sei giorni, ed iniettando queste colture prima

---

(*a*) V. Sormani, loco cit. ed esperimenti sull'inalazione del virus tetanigeno: *Riforma medica*, gennaio 1890. — Sanchez Toledo e Veillon, Recherches microb. et expér. sur le tétanos; *Arch. de Méd. expér.*, novembre 1890.

(*b*) V. Babès und Puscarin, Versuche über Tetanus; *Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk.*, VIII, 3, 1890. — Gotti, *Memorie della R. Accad. delle Sc. dell'Istituto di Bologna*, IV, 9, pag. 471, 1889.

(*c*) Haegler, Ein Tetanusfall; *Beitr. z. klin. Chir.*, V, 1, 1889. Egli trovò nel sangue, dopo morte, il bacillo di Nicolaier, come Hochsinger, Vanni, ecc., e produsse il tetano negli animali coll'iniezione di sangue e coll'innesto di pezzi di midollo allungato.

del sesto giorno. Da questi fatti Vaillard e Vincent (*a*) dedussero che le spore sole non sieno capaci di produrre il tetano, essendo inattive allo stato di purezza, e che il tetano è dato solo dallo strato di veleno che le circonda. Il tetano deve, secondo loro, interpretarsi come un'infezione mista, i bacilli inattivi diventando virulenti, come vedemmo, se introdotti con altri microorganismi.

Ricerche ulteriori di Sanchez-Toledo (*b*), Roncali (*c*), Beck (*d*), ecc., dimostrarono false queste induzioni. I metodi di Vaillard di eliminare il veleno influenzano anche i germi viventi che perdono molto della loro attività. Nelle infezioni da laboratorio in generale coi bacilli si inietta tanto veleno che basta per produrre il tetano senza l'intervento dei bacilli. Nell'infezione più comune, che si osserva per lo più nell'uomo, le spore ed i bacilli devono avere il tempo di svilupparsi, e secernere tossina in quantità sufficiente, e lo sviluppo è favorito da qualunque corpo irritante, sia esso costituito da microorganismi piogeni, come da acido lattico, come da un corpo estraneo solido qualunque (scheggia di pietra, di legno, ecc.) infisso nei tessuti. Al qual proposito Beck osservò che quanto minore è l'irritazione, quanto più piccolo è il corpo solido estraneo che s'introduce nella ferita col virus tetanico, tanto più lungo è il periodo d'incubazione del tetano.

Nell'uomo l'infezione ha luogo per penetrazione del virus del tetano attraverso ad una soluzione di continuo. Solo che nell'uomo il tetano è in generale subito generale, per quanto sieno più frequenti di quello che si creda i casi nei quali si svolge precisamente come negli animali (Knud-Faber), cioè cominciando dal punto d'inoculazione, e poi estendendosi alle altre regioni contigue, a modo delle onde di una superficie liquida, sulla quale si getta una pietra. Per lo più il trisma è il primo sintoma a comparire nell'uomo; forse che il centro dei muscoli masticatori abbia maggiore affinità per il virus tetanico?

Abbiamo pure visto come nel tetano traumatico siasi ripetutamente constatata la presenza del bacillo di Nicolaier, per cui stimiamo inutile ritornare sull'argomento. Anche nel tetano cefalico si trovò il bacillo tetanico (*e*). Così pure vedemmo come Peiper e Beumer abbiano riscontrato il bacillo del tetano sulla ferita ombellicale di neonati affetti da trisma; Peiper riuscì a produrre il tetano negli animali innestando loro pezzettini di tessuto preso dall'ombellico di bambini tetanici, e Beumer potè ottenere il tetano nei conigli neonati con inoculazione di colture di bacillo di Nicolaier nel loro cordone ombellicale.

Pel tetano puerperale dirò come Stern (*f*), coll'innesto a topi di pezzi di decidua asportati dall'utero di una ammalata affetta da tetano puerperale

---

(*a*) Vaillard et Vincent, *Acad. des Sc. de Paris*, 26 gennaio 1891. — Vaillard, *Soc. de Biol. de Paris*, 25 luglio 1891. — Vaillard et Rouget, Contrib. à l'étude du tétanos, étiologie; *Annales de l'Institut Pasteur*, 1892.

(*b*) *Soc. de Biol. de Paris*, Seduta 20 giugno 1891.

(*c*) Roncali, Contributo allo studio dell'infezione tetanica sperimentale negli animali; *Riforma medica*, 1893, vol. III, pag. 169.

(*d*) Beck, Experimentelle Untersuchungen über den Tetanus; *Zeitsch. f. Hygiene u. Infect.*, XIX, 3, 1895.

(*e*) V. A. Nicolaier, Zur Aetiologie des Kopftetanus (Rose); *Virchov's Archiv*, CXXVIII, 1, pag. 1, 1892. — Michon, Observation de tétanos; *Lyon méd.*, XXIV, 4, 1892. — Franz, loco citato. — In un caso da me osservato non trovai il bacillo di Nicolaier sulle crosticine della faccia, conseguenza di uno scoppio di un mortaretto, ma constatai la proprietà tetanigena nella polvere del mattone, con cui era stato caricato il mortaretto.

(*f*) *Deutsch. med. Woch.*, n. 12, 1892.

abbia prodotto un tetano letale. Già prima di lui Chantemesse e Widal avevano, fin dal 1889, con inoculazione di colture pure, ottenute da sostanze raschiate dall'utero di una donna morta di tetano, prodotto il tetano negli animali. In un altro caso di tetano puerperale Heyse dimostrò i bacilli del tetano nei lochii, e dalla raschiatura della polvere del pavimento della camera dove abitava l'ammalata ottenne colture pure, capaci di dare il tetano ai topi. Sormani vide che pezzi d'unghia di un contadino, la cui moglie da lui medicata per incarico della levatrice era morta per tetano uterino, producevano il tetano negli animali; le ragnatele dell'abitazione di questo contadino erano pure tetanigene. Anche Tullio Rossi Doria (*a*) trovò, in un altro caso di tetano puerperale, il bacillo di Nicolaier nella vagina e nel collo dell'utero, insieme con altri microorganismi. Walko (*b*) racconta pure che nella clinica ostetrica si curarono due casi di tetano puerperale coll'estirpazione dell'utero, praticata appena comparvero i primi sintomi del tetano; ambe le ammalate morirono, e nei lochii di tutte e due si trovarono i bacilli di Nicolaier.

Resta quindi dimostrato in modo diretto che il bacillo di Nicolaier è la causa del tetano traumatico non solo, ma anche del tetano dei neonati e di quello uterino, il quale ultimo, a detta di Heyse, sarebbe sempre un'infezione mista, poichè al bacillo di Nicolaier si associano costantemente stafilococchi o streptococchi.

Per quanto riguarda il tetano cosidetto reumatico abbiamo già ricordato gli studii di Carbone e Perrero. Essi osservarono un operaio delle ferrovie, di 38 anni, il quale in seguito a forte raffreddamento ammalò di tetano. Nessuna traccia di lesione sulla cute e sulle mucose visibili. Morte all'ottavo giorno di malattia. Alla sezione si riscontrò una grave bronchite con bacilli tetanici fortemente virulenti in mezzo al muco bronchiale. In questo caso, nel quale i bacilli del tetano si trovavano nei bronchi, si trattava della forma vegetativa puramente aerobia del bacillo, ciò che merita di essere notato per quei batteriologi che negano che il bacillo del tetano possa vivere aerobicamente. Due fatti importanti cercano con quest'osservazione di spiegare gli autori: cioè la minor gravità del tetano reumatico di fronte al traumatico e la sua straordinaria rarità di fronte alla grande diffusione del virus tetanico in natura. Poichè molto probabilmente, nelle condizioni di vita aerobia, il bacillo del tetano o non produce veleno o solo in minima quantità e poco attivo.

Come nel caso presente il bacillo si trovava nei bronchi così è possibile ed in base all'osservazione clinica probabile, che in altri casi il bacillo si sviluppi nelle fauci, sulle tonsille, in bocca oppure in altre cavità del corpo (ad eccezione dell'apparato digerente, secondo Sormani).

L. Kamen (*c*) racconta di un soldato che morì di tetano in 36 ore. Alla sezione non si trovò nessun segno di lesione o ferita. Il sistema nervoso centrale come anche gli organi interni erano fortemente vascolarizzati, del resto senza alterazioni patologiche. Solo il colon discendente ed il retto erano pieni di scibale dure; il resto dell'intestino era vuoto, la mucosa leggermente iniettata, cosparsa di un muco giallognolo. Nel contenuto mucoso dell'intestino, al di sopra della stasi fecale, si trovarono, oltre i soliti batterii intestinali

---

(*a*) *Policlinico*, 15 gennaio 1894.

(*b*) Ueber einem mit Tizzoni's Antitoxin behandelten Fall von Tetanus puerperalis; *Deutsche med. Woch.*, XXI, 36, 1895.

(*c*) Zur Frage über die Ætiologie der Tetanusformen nicht traumatischen Ursprungs: *Centralblatt f. Bakt. u. Parasitenk*, XVIII, 17, 18, 1895.

(specialmente il *Bacillus subtilis*), dei bacilli affatto simili morfologicamente a quelli del tetano. Però le colture, come gli innesti sugli animali, riuscirono negativi.

Ad ogni modo non è esclusa la possibilità che in questo caso si trattasse di un *tetano di origine intestinale* (?).

Che molti casi poi di tetano cosidetto reumatico appartengano alla categoria del tetano traumatico, in cui la porta d'entrata sfugge per una ragione qualsiasi, o perchè la lesione di poca importanza passò inavvertita, o non venne riconosciuta, od era guarita allo scoppiare del tetano, lo dimostra l'osservazione seguente di Stern (*a*). Egli riferisce un caso di tetano che si sarebbe preso facilmente per tetano reumatico; un'ispezione accurata del corpo fece rilevare nella fossa sottoclaveare sinistra la presenza di un piccolo furuncolo, che, inciso, diede esito a due goccie di pus; gli innesti di questo pus, nel quale si notava qualche bacillo del tetano, provocarono negli animali un tetano tipico. Il paziente, giovane di 23 anni, morì 64 ore dopo lo scoppio dei primi sintomi. Sormani ricorda pure parecchi casi simili.

Con questi fatti si risponde a quelli che negano l'identità fra tetano reumatico e tetano traumatico (*b*).

Stabilita così l'origine da un identico microorganismo delle varie forme di tetano resta ancora a vedere quanto tempo è necessario al bacillo tetanico, dopo penetrato in corpo, perchè si sviluppino i fenomeni tetanici, e quale sia la sostanza che a questi fenomeni dà luogo.

A questo scopo Kitasato provò intanto ad iniettare dei topi alla radice della coda con bacilli del tetano ed asportò e cauterizzò largamente il luogo d'innesto dopo $^1/_2$ ora, 1 ora, 1 $^1/_2$, 2 ore, ecc. Solo gli animali operati dopo $^1/_2$ ora rimasero sani, per cui ne dedusse che già dopo un'ora dall'innesto si assorbe tanto veleno da produrre lo scoppio del tetano, anche indipendentemente dalla presenza ulteriore dei bacilli. Ma questo che vale per le esperienze di laboratorio non si può applicare alle infezioni accidentali: i bacilli puri non dànno la malattia per sè, hanno bisogno di preparare il veleno, ciò che fanno nel periodo d'incubazione. E come in ogni infezione un momento predisponente è utile perchè i bacilli non muoiano o non vengano eliminati prima che abbiano segregato sufficiente veleno, noi troviamo che questo momento predisponente è rappresentato dai batterii che producono la suppurazione al punto d'innesto; in questo focolaio di suppurazione vivono i bacilli di Nicolaier, si moltiplicano e secernono veleno. Ma la moltiplicazione dei bacilli è sempre scarsa; appena è prodotta la dose di veleno sufficiente, i batterii paiono per lo più scomparsi.

La prova poi che il tetano si sviluppa non per mezzo dei microorganismi per sè stessi, ma per opera di un veleno, che essi preparano, come succede della difterite, ci è data oltre che da questi fatti, anche dall'osservazione ripetuta degli autori, i quali hanno trovato che, fuori che nel luogo della ferita, il bacillo del tetano si trova solo in via eccezionale, e appena poco prima della morte (Sanchez-Toledo e Veillon) nel circolo e negli organi.

Altre prove emergono da quello che ora subito diremo. Sormani, con una geniale esperienza, dimostrò come non sia necessaria la penetrazione del microorganismo del tetano nell'economia perchè si sviluppi il morbo. Egli introdusse

---

(*a*) Ueber zwei Fälle von Tetanus: *Deutsch. med. Woch.*, XVIII, 12, 1892.

(*b*) Crisafulli, XI Congresso internazionale di Medicina in Roma, 1894, rif. in *Riforma medica*, 1894, vol. II, pag. 63.

sotto la pelle di un coniglio un piccolo recipiente di porcellana porosa, della capacità di $^1/_2$ cm^3, pieno di coltura impura di bacilli del tetano, e chiuso con turacciolo di caoutchouc; al quinto giorno si sviluppò il tetano al luogo di innesto, tetano che poi finì per generalizzarsi e condurre a morte l'animale; attorno al tubo, esternamente, non vi era nessun bacillo di Nicolaier.

Brieger, a sua volta, isolò da colture impure del bacillo di Nicolaier e dalla carne muscolare di un arto di uomo morto di tetano delle sostanze basiche velenose: tetanina, tetanotossina e spasmotossina; ma questi sono prodotti accessorii e senza importanza per la patogenesi del tetano (Knud Faber).

Il principio veramente attivo estratto dalle colture pure del bacillo di Nicolaier sarebbe, secondo lo stesso Brieger e Fränckel (*a*), una albumina tossica. Questa tossialbumina del tetano si distingue dalla tetanotossina specialmente per ciò che non produce un avvelenamento acuto come questa, ma determina i fenomeni del tetano solo dopo un certo tempo, come si osserva negli animali inoculati con bacilli del tetano.

Weyl e Kitasato (*b*) ottennero essi pure una tetanotossialbumina assai analoga a quella di Brieger e Fränkel.

Ma furono specialmente Kitasato, Tizzoni e Cattani, nonchè Faber, Vaillard e Vincent, Bruschettini, Fermi e Celli, Fermi e Pernossi, Vincenzi, ecc., che studiarono questo veleno.

Esso si può avere semplicemente col filtrare le colture per mezzo della candela di Chamberland. L'iniezione di questo veleno negli animali sotto cute produce, dopo un breve periodo di incubazione, il tetano al pari delle colture viventi; effetto più rapido (*c*) si ottiene con l'iniezione endovenosa. Il filtrato, privo di germi, di una coltura di tetano di 2-4 settimane, fatto in brodo debolmente alcalino, addizionato di glucosio, contiene il veleno del tetano in uno stato di straordinaria attività; bastano talora già 0,000005 cm^3 di un tale filtrato per uccidere un topo bianco.

Harnack e Hochheim (*d*), con un veleno estratto da colture di bacilli del tetano da Brieger e Cohn, produssero imponenti fenomeni di tetano negli animali. Ma, a differenza di quello che si osserva nell'uomo, essi constatarono delle temperature subnormali, fatto notato pure dal Blumenthal recentemente tanto colle tossine che colle spore e bacilli del tetano, come col siero di un individuo morto di tetano. Che devasi ciò alla maggior dispersione di calorico degli animali piccoli da esperimento per la loro grande superficie esterna in ragione della massa?

Kitasato (*e*) a sua volta trovò che pel veleno tetanico sono più sensibili le cavie; seguirebbero poi i topi ed infine i conigli; il tetano sopravverrebbe al più tardi al 3° giorno, e se gli animali restano sani fino al 4° giorno non ammalano più di tetano (antico aforisma di Ippocrate). Gli innesti di organi di animali tetanici nei topi rimasero infruttuosi, ad eccezione del sangue e del trasudato pleurico, che si dimostrarono attivissimi, malgrado le colture fossero negative tanto dal sangue che dal trasudato.

Tizzoni e Cattani (*f*) ottennero il veleno tetanico sotto forma di una

---

(*a*) Untersuchungen über Bacteriengifte; *Berl. klin. Woch.*, XXVII, 11-12, 1890.

(*b*) *Berl. klin. Woch.*, XXVII, 14, 1890.

(*c*) Knud Faber, Die Pathogenese des Tetanus; *Berl. klin. Woch.*, XXVII, 31, 1890.

(*d*) Ueber die Wirkungen des Brieger'sche Tetanusgiftes; *Zeitsch. f. klin. Med.*, XXV, 1-2, 1894.

(*e*) Experimentelle Untersuchungen über Tetanusgift; *Zeitsch. f. Hyg.*, ecc., Bd. X, 2, 1891.

(*f*) Sul veleno del tetano; *Rif. med.*, VI, 128, 1890. — Id., Untersuchungen über Tetanusgift; *Arch. f. experim. Path. u. Pharm.*, XXVII, 6, 1890.

sostanza cristallina, di color giallo d'oro, estremamente tossica. Questo veleno è sensibile al calore, bastando la temperatura di 65° C. per 5′ per distruggerlo. Resiste al disseccamento ed alla putrefazione per un certo tempo (*a*). L'albumina d'uovo, il siero, gli estratti di organi, i secreti e gli escreti dell'organismo non hanno azione nociva sul veleno del tetano. È sensibile tanto agli acidi che agli alcalini. Si mantiene abbastanza bene alla temperatura ordinaria, ma diviene presto inattivo a 37° C. La luce solare, specialmente se diretta, lo distrugge in tempo brevissimo.

Il succo gastrico lo distrugge per l'acido cloridrico che contiene; ma la pepsina sola, come la saliva, il succo pancreatico, il succo enterico e la tripsina non hanno azione su di esso.

Conservato in glicerina sterilizzata nelle carni degli animali tetanizzati questo veleno resiste per 2 mesi (Fermi e Celli), per 1 anno e mezzo (A. e G. Catterina).

Introdotto per la bocca o per il retto, il veleno tetanico è inattivo, forse perchè distrutto, come opina Vincenzi, dalle pareti intestinali. Esso non attraversa la cute intatta, ma sì bene la abrasa.

Secondo Tizzoni e Cattani, questo veleno si avvicinerebbe agli enzimi, alla quale opinione aderisce, fra gli altri, Uschinsky (*b*), il quale trovò che il veleno del tetano perde di sua virulenza per l'azione della formaldeide, appunto come succede per gli enzimi, che al dire di Loew perdono la loro azione fermentativa sotto l'influenza di questo corpo. Invece per Fermi e Pernossi il veleno del tetano non sarebbe un enzima, e nemmeno un fermento, ma si avvicinerebbe al veleno dei serpenti; esso si comporta alla dialisi come i peptoni e le albumine, e non si può ottenere da substrati privi di albumina, per quanto Brieger e Cohn, Brieger e Boëz (*c*), Blumenthal (*d*), non credano sia una sostanza albuminoide.

Bruschettini, che studiò la diffusione di questo veleno nell'organismo (*e*), trovò che esso ha sede nel sangue, o meglio nel siero sanguigno, nel sistema nervoso, e nei reni degli animali tetanizzati, e viene eliminato colle urine. Le urine degli animali come dell'uomo, affetti da tetano, sarebbero infatti capaci di dare il tetano agli animali. Tutti gli altri organi non contengono tossina tetanica.

Anche Vincenzi (*f*) trovò che il veleno tetanico si fissa sul sistema nervoso, ciò che dimostrò pure Blumenthal per l'uomo; le lavature di cloruro sodico o sangue omogeneo non lo allontanano, e non impediscono quindi il tetano, una volta che la tossina è arrivata al sistema nervoso, secondo il Vincenzi; il Blumenthal, a sua volta, vide nell'uomo come l'antitossina neutralizza la tossina circolante nel sangue, non quella fissatasi sui centri nervosi. Quadu (*g*)

(*a*) Bombicci, Della resistenza alla putrefazione degli ambienti infetti da virus tetanico; *Riforma medica*, anno VI, pp. 227-234, 1890.

(*b*) Ueber eine eiweinfreie Nährlösung für pathogen Bakterien nebst einigen Bemerkungen über Tetanusgift; *Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk.*, XIV, 10, 1893.

(*c*) Brieger und Cohn, Untersuchungen über das Tetanusgift; *Zeitsch. f. Hyg. u. Infect.*, XV, I, 1893. — Brieger und Boër, *Ibid.*, XXI, 1896.

(*d*) Blumenthal, Klin. und experim. Beiträge zur Kenntniss des Tetanus; *Zeitsch. f. klin. Med.*, Bd. 30, H. 5-6, 1896.

(*e*) Sulla diffusione nell'organismo del veleno del tetano; *Rif. med.*, ottobre 1890. — *Ibid.*, 1892, vol. III, pag. 256. — *Ibid.*, 1893.

(*f*) *Congresso della Società di Medicina interna*, ottobre 1892, Roma.

(*g*) D. Quadu (Lab. di L. Vincenzi), Sulla presenza del veleno tetanico nel sangue; *Rif. med.*, 1894, vol. I, pag. 182.

constatò pure la presenza della tossina negli animali tetanizzati, ma afferma che il rene mal si presta a lasciar passare la tossina del tetano.

Anche Behring e Kitasato (*a*) (per tacere delle osservazioni antiche e passibili di critica di Nicolaier, Shakespeare, Babès e Puscarin) ebbero effetti positivi col trasudato sieroso della cavità toracica e col sangue di animali tetanizzati con colture filtrate; risultati positivi ebbero pure Vaillard e Vincent (*b*) pel sangue e pei varii organi, quando usavano quantità rilevanti di coltura filtrata; è probabilmente in tal modo che si spiegano le divergenze in proposito fra i varii autori: quando si inietta una scarsa quantità di tossina questa passa nel sangue, si fissa tutto al più, se in quantità sufficiente, sul sistema nervoso, ed è distrutta od eliminata pei reni; se la quantità è maggiore, l'eccesso invade anche altri organi. Così Camara Pestana, allievo di Straus (*c*), sostiene (contrariamente a Bruschettini) che la tossina del tetano, assorbita per le vie sanguigne, si fissi sui polmoni, sulla milza e sui reni, ma specialmente sul fegato, mentre invece non pervenne a metterla in evidenza nel tessuto nervoso e muscolare. Brunner invece (*d*), usando colture più virulente di Kitasato e di altri, trovò il veleno tetanico non solo nel sangue e nelle urine, per le quali si elimina in gran parte, ma anche nel liquido pleurico e pericardico, e nella saliva, nonchè nel sistema nervoso, dove si diffonde in senso ascendente e discendente dalla parte più vicina al punto d'inoculazione alle più lontane (nei topi); non trovò traccie di tossine nel fegato, nella milza, nelle capsule soprarenali e nei muscoli degli animali tetanizzati.

Abbiamo visto come un accidente toccato a Nicolas abbia dimostrato come questa tossina sia capace di dare il tetano all'uomo, nel quale del resto si constatò pure la presenza dello stesso veleno.

Infatti Buschke ed Oergel (*e*) non trovarono bensì tetanogeni nè i sudori, nè la saliva di un tetanico, ma poterono constatare che il suo siero, preso in vita prima che si sottoponesse l'ammalato alle iniezioni di antitossina, era capace di dare il tetano agli animali; il siero di sangue preso dopo morte non aveva punto azione tossica od essa era solo passeggiera, perchè al paziente poco prima di morire era stata fatta un'iniezione di antitossina. Dal fegato, dalla milza e dal midollo questi autori isolarono una tossi-albumina tetanigena, ma la cui attività era di breve durata. Nel sangue degli animali esperimentati, fatto interessante, constatarono regolarmente la presenza di goccioline adipose.

Ma prima di questi autori F. Nissen (*f*) aveva notato la presenza della tossina nel sangue di un uomo affetto da tetano. Ad un uomo di 38 anni, morto per tetano in seguito a gangrena per congelamento di ambi i piedi, Nissen estrasse, mediante salasso, 30 ore dopo la comparsa dei primi sintomi tetanici, 20' prima della morte, una certa quantità di sangue, nel quale non

---

(*a*) Ueber den Zustandekommen der Diphtherie - und Tetanus - Immunität bei Thieren; *Deut. med. Woch.*, 4 novembre 1890. — Kitasato, Experiment. Untersuch. über das Tetanusgift; *Zeitsch. f. Hyg.*, X, 1891.

(*b*) *Annales de l'Institut Pasteur*, n. 1, 1891.

(*c*) *Soc. de Biol. de Paris*, Seduta 27 giugno 1891.

(*d*) Brunner, Zur Ausscheidung des Tetanusgiftes durch die Sekrete; *Deutsch. med. Woch.*, 18, 1892. — Id., *Berl. klin. Woch.*, 36, 1891.

(*e*) Beitrag zur Kentniss des Tetanus; *Deutsch. med. Woch.*, XIX, 7, 1893.

(*f*) Ueber den Nachweiss von Toxin im Blute einer an Wundtetanus erkrankten Menschen; *Deutsch. med. Woch.*, XVII, 24, 1891.

rinvenne la presenza del bacillo di Nicolaier: " ma il siero conteneva una sostanza chimica, che era capace di rendere tetanici i topi „.

Kallmeyer (*a*) invece non trovò, come Billroth, Immermann, Behring ed altri, presenza di veleno, capace di produrre il tetano, nel sangue di un tetanico, raccolto 9 giorni dopo l'inizio della malattia, 44 ore prima della morte del paziente. L'autore spiega l'esito negativo di fronte al reperto positivo di Nissen con la diversità del tempo in cui venne raccolto il sangue, e della gravità della malattia. R. Stern (*b*) ebbe risultati differenti in due casi di tetano. Nel primo caso il sangue, raccolto 54 ore prima della morte da una ammalata di tetano puerperale, privo di bacilli di Nicolaier, era capace di dare il tetano ai topi, iniettato sotto cute o nel peritoneo a dose di 2-2 $^1/_2$ cm^3. In un altro caso, invece, un uomo di 22 anni, il sangue preso sei ore prima della morte produsse paresi, rigidità e morte a dose minore che non il sangue normale, ma non vero tetano.

Vulpius (*c*) ebbe occasione di osservare un caso di tetano traumatico in un bambino di 11 anni. Le urine raccolte 9 ore dopo lo scoppiare dei primi sintomi tetanici, iniettate sotto cute a delle cavie, rimasero inattive; l'urina invece raccolta 4 ore più tardi produceva leggieri fenomeni tetanici, e quella raccolta subito dopo morte diede tetano mortale.

Le inoculazioni con siero del corpo (il sangue venne raccolto subito dopo morte da una grossa vena) riuscirono positive; l'azione tossica si manifestò nei topi dopo 12 ore, nelle cavie dopo 6-16 ore, nei conigli dopo 20 ore, e la morte si verificò dopo 24-30 ore nei topi, dopo 16-38 ore nelle cavie, ed infine dopo 3-5 giorni nei conigli.

Negative furono le ricerche fatte colla *bile* presa dal cadavere. L'autore confermò " l'assoluta identità dei fenomeni morbosi „ tanto che si inoculassero i bacilli di Nicolaier od i loro prodotti velenosi, e provò in modo indiscutibile che " il periodo di incubazione è più breve, la durata della malattia minore, quando sono introdotte direttamente nell'organismo le tossine; il periodo di latenza è più lungo, la morte avviene più tardi, quando si è innestato del materiale contenente bacilli „.

Blumenthal (loco cit.) con l'iniezione sottocutanea di un cm^3 o più di siero di sangue, raccolto dal cuore di un uomo di 58 anni morto per tetano traumatico, sei ore dopo la morte, produsse il tetano nei topi, che morirono dopo 20-24 ore; con 3-5 cm^3 sotto al peritoneo delle cavie, queste morirono di tetano entro 2 giorni. In un altro caso di tetano puerperale, sottoposto alla cura col siero antitossico, il sangue, preso 20 ore dopo l'ultima iniezione di siero, nonchè quello raccolto sei ore dopo morte, come nel primo caso, non ebbe nessun effetto positivo; gli animali non contrassero il tetano anche a dosi piuttosto alte (di 2 $^1/_2$ cm^3 nei topi, 5 cm^3 nelle cavie). Lo stesso autore constatò pure la presenza della tossina tetanica nella sostanza stessa del midollo, malgrado mancasse nel sangue; l'ammalata era stata in vita sottoposta all'uso del siero antitossico. Così restarono confermate le osservazioni di Buschke e Oergel. — Per quanto riguarda le urine, Blumenthal constatò che la proprietà tetanigena si trova anche nelle urine debolmente alcaline di

---

(*a*) Zur Frage über den Nachweiss von Toxin im Blute bei an Wundtetanus erkrankten Menschen; *Deutsch, Med. Woch.*, XVIII, 4, 1892.

(*b*) *Deutsch. med. Woch.*, 1892, n. 12.

(*c*) Ueber einen Fall von Wundstarrkrampf mit Thierversuchen; *Deutsch. med. Woch.*, XIX, 41, 1893.

conigli, cavie, cani, non trattati col virus tetanico, per cui egli non crede persuasive le osservazioni di Bruschettini e di Brunner, per quanto riguarda la presenza della tossina tetanica, nelle urine dei tetanici, in quantità sufficiente da provocare il tetano negli animali da esperimento, confermando così le osservazioni di Quadu; lo stesso Blumenthal afferma non essere finora nessuno riuscito a dimostrare nell'urina dell'uomo o degli animali da esperimento la presenza di quantità apprezzabili di tossina tetanica.

Concludendo questo lungo discorso vediamo come nelle ferite degli ammalati di tetano si è sempre trovato il bacillo di Nicolaier, col quale si produce il tetano negli animali, e nell'uomo. Nelle colture del bacillo di Nicolaier si riscontra un veleno che per sè dà il tetano, veleno la cui presenza venne pure constatata nel sangue e nel midollo spinale dell'uomo affetto da tetano, mentre invece il bacillo manca sempre tanto nel sangue che nei visceri interni.

Resta perciò dimostrato in modo indiscutibile che il bacillo di Nicolaier fabbrica un veleno, tanto fuori dell'organismo che nell'organismo stesso, ed è questo veleno che assorbito dà origine al tetano.

Ma in qual modo questo veleno del tetano produce nell'uomo e negli animali i sintomi che noi conosciamo?

Parrebbe ovvio ammettere che esso agisca come la stricnina, la quale è capace di dare la stessa sintomatologia che dà il tetano.

Ma una prima differenza si affaccia: i sintomi di avvelenamento stricnico compaiono subito dopo l'iniezione, quelli del tetano, anche quando si faccia uso di tossine molto virulente, si verificano solo dopo un certo tempo dalla iniezione, 12-24 ore. Il veleno del tetano ha quindi bisogno di un certo tempo d'incubazione per produrre i fenomeni tetanici; tempo che può essere anche di 14 giorni e più se si iniettano le spore del tetano prive di tossina; queste hanno bisogno di moltiplicarsi per secernere la tossina, la quale poi penetrata nel sangue darà i sintomi del tetano.

Potrebbe darsi che ciò derivasse dal fatto che il veleno non penetrasse nel sangue direttamente, ma si fermasse in qualche organo, ad esempio, nelle ghiandole linfatiche, che sotto questo punto di vista hanno una parte importante in molte infezioni generali sì parassitarie che non parassitarie.

Büdinger (a), appunto in vista di questo fatto, ha innestato le ghiandole linfatiche di conigli e porcellini d'India resi tetanici ad animali sani, che quasi tutti ammalarono di tetano, per cui parrebbe che una via almeno perchè la infezione penetri nell'organismo sia quella dei vasi linfatici e delle ghiandole linfatiche.

Schnitzler, a sua volta, osservò un caso di tetano in seguito a congelamento di ambi i piedi: pezzi di tessuto mortificato, come anche il sangue raccolto durante l'amputazione, produssero il tetano negli animali; all'esame batterioscopico e colle colture il sangue apparve privo di bacilli di Nicolaier. Le ghiandole inguinali, prese 4 ore dopo la morte, avvenuta 30 ore dall'inizio dei fenomeni tetanici, innestate negli animali, produssero il tetano, benchè l'esame batteriologico e le colture non dessero risultati sicuri per riguardo alla presenza in esse di bacilli di Nicolaier.

Per quanto interessanti sieno queste osservazioni, anche per l'analogia che presentano con altre infezioni, ognun vede tuttavia come non sieno sufficienti a spiegare il fenomeno dell'incubazione.

(a) Ein Beitrag zur Lehre vom Tetanus; *Wien. klin. Woch.*, VI, 16, 1893.

Vediamo quindi, per ora, se il veleno del tetano agisce sui centri od alla periferia.

Tizzoni e Vaillard sezionarono ad un animale, prima dell'inoculazione, tutti i nervi di una estremità; fatta l'inoculazione di virus tetanico, questa rimase flaccida, mentre la restante musculatura del corpo si faceva rigida.

Buschke curarizzò una rana tetanica; tosto cessò il tetano. Il veleno, secondo Buschke, non agirebbe nè sui muscoli, nè sui nervi periferici, ma sibbene sul midollo spinale. Una diminuzione rapida delle contratture si osserva anche dopo l'iniezione sottocutanea di cocaina (Autokratow). Dopo la decapitazione la rana tetanica rimane rigida, mentre non ha nessun effetto l'applicazione diretta del veleno sui centri motori della corteccia cerebrale (nel coniglio). Quindi pare che il cervello non prenda parte all'infezione.

Distruggendo il midollo spinale nelle sue varie sezioni si vedono le contratture locali del tetano non comparire più in corrispondenza delle porzioni di midollo distrutto, o scomparire se prima esistevano (*a*).

Le contratture scompaiono anche dopo la distruzione delle radici sensitive, oppure dopo il taglio contemporaneo delle radici anteriori e posteriori, come dopo il taglio dei nervi periferici (Autokratow).

Questi fatti indussero Autokratow ad ammettere che le contratture tetaniche sieno d'origine riflessa, e procedano da un'eccitazione dei nervi sensibili periferici, ed appunto con grande probabilità dei nervi muscolari sensibili, come dimostrerebbero gli effetti delle iniezioni di cocaina ed il dolore alla pressione dei muscoli contratti.

Alle stesse conclusioni vennero Courmont e Doyon che lavorarono quasi contemporaneamente ed indipendentemente da Autokratow (*b*).

Questi due autori (*c*) sono di parere che il veleno tetanico non modifichi l'eccitabilità dei nervi motori, ma aumenti quella del sistema nervoso sensitivo del midollo, senza poter affermare in modo sicuro se esso agisca sui nervi sensitivi soltanto, oppure soltanto sul midollo; non credono però sia possibile dissociare funzionalmente i due elementi, cellule e nervi, che compongono il sistema sensitivo, su cui appunto ha azione il veleno tetanico.

Gli stessi autori (*d*), onde darsi ragione del fatto che i fenomeni tetanici non vengono subito dopo l'iniezione della tossina, come succede pei fenomeni stricnici, emisero un'ipotesi, che chiamarono del *fermento solubile*. Per loro il bacillo di Nicolaier produce un fermento solubile, che non è tossico per sè, ma elabora a spese dell'organismo una sostanza direttamente tetanizzante, simile nella sua azione alla stricnina. Questa sostanza si riscontrerebbe abbondantemente nei muscoli, e talvolta anche nel sangue e nelle urine; resisterebbe all'ebollizione prolungata, mentre i prodotti solubili del bacillo di Nicolaier perdono la loro attività a 65°, come dicemmo. Per formarsi questa sostanza abbisogna di una data temperatura; diffatti Courmont e Doyon osservarono che le rane d'inverno sono refrattarie all'azione dei prodotti solubili del bacillo di Nicolaier, ma perdono questa refrattarietà nella stagione estiva, o

(*a*) Autokratow, Recherches expérim. sur le mode de production des contractures dans le tétanos; *Arch. de Méd. expér.*, IV, 5, 1892. — V. pure *Riforma medica*, 1892, vol. III, pag. 805.

(*b*) Courmont e Doyon, Mécanisme de production des contractures du tétanos; *Arch. de Phys. norm. et path.*, XXV, 1, 1893. — Id., Quelques points particuliers de la pathogénie des contractures du tétanos; *Ibid.*

(*c*) Id., Influence comparée des systèmes nerveux moteur et sensitif; *Arch. de Phys. norm. et path.*, 1894, pag. 391. — Id., Nouvelles recherches sur la pathogénie des contractures du tétanos; *Prov. méd.*, 14, 1894.

(*d*) Id., *Revue de Méd.*, n. 1, 1894.

anche d'inverno, se riscaldate in istufa, a 30° (*Société de Biologie de Paris*, 10 giugno 1893).

Facendo l'estratto acquoso a caldo dei muscoli di animali tetanizzati, Doyon (*Soc. de Biol. de Paris*, 8 luglio 1893) potè produrre il tetano con estratti di 5-6 gr. di muscolo. Questa sostanza tetanizzante si troverebbe in tutti i muscoli dell'animale tetanizzato, tanto negli arti intatti, che in quelli senza nervi, e quindi privi di movimenti convulsivi; essa agisce bene sulla rana anche d'inverno e si comporta come la stricnina. Courmont e Doyon osservarono pure, in appoggio alla loro teoria, che il sangue di un cane tetanizzato, trasfuso nelle vene di un cane sano, vi produce *subito* il tetano, ma leggiero e curabile (*Soc. de Biol. de Paris*, 11 marzo 1893).

Brünner a sua volta (*a*) crede che i crampi non siano dovuti ad un'irritazione dei nervi sensibili da parte del veleno, ma invece trovino la loro ragione in un'alterazione degli organi nervosi centrali: midollo allungato e spinale. Il veleno aumenterebbe l'eccitabilità del midollo spinale, ma non sarebbe capace di produrre movimenti, a promuovere i quali sarebbe necessaria l'azione di un impulso sensibile sul midollo.

Gumprecht (*b*) invece trova che i nervi motori non sono influenzati in nessun modo dal veleno tetanico, mentre non esistono segni di azione sulle terminazioni sensitive, i crampi degli animali tetanici potendosi suscitare tanto con eccitazioni periferiche, come con irritazione del midollo. Il taglio delle radici posteriori di una gamba, susseguito dall'inoculazione del veleno in questa, non impedisce l'insorgenza del tetano locale nella gamba. Quindi il veleno tetanico produrrebbe gli spasmi aumentando l'eccitabilità riflessa del midollo, senza influenzare le vie sensibili piuttosto che le motorie, al pari della stricnina. È questa all'incirca pure l'opinione di Buschke e Oergel.

Fisiologicamente, al dire di Gumprecht, i sintomi del tetano si sviluppano nel modo seguente: i nervi e gli organi nervosi centrali degli animali tetanici contengono spesso il veleno, che dal luogo d'innesto si propaga tanto in direzione ascendente che discendente; i liquidi iniettati nei nervi penetrano negli spazii linfatici endo- e perineurali, che hanno larga comunicazione collo spazio subdurale. Il decorso fisiopatologico del tetano, sempre secondo Gumprecht, si potrebbe così interpretare:

1° stadio: tetano locale. La contrazione è limitata al distretto d'inoculazione, ad un arto, ad una metà del tronco o del capo.

2° stadio: progressione del tetano. La contrazione si estende alle parti del corpo vicine, mentre il veleno che si trova nel sangue si espande sempre più in larghezza ed in lunghezza negli spazi linfatici, subdurali ed intramidollari. Non si osserva mai che un distretto vicino al punto d'inoculazione venga oltrepassato da un altro più lontano, posto sulla stessa via. Un'*eccezione* si presenta solo pel *trisma*, frequente sintoma iniziale dell'infezione nell'uomo, per cui conviene ammettere una particolare disposizione dei centri corrispondenti pel veleno tetanico.

3° stadio: tetano generalizzato. Rigidità o convulsioni in tutto il corpo, poichè ora l'incubazione per l'azione del veleno dal sangue è decorsa.

(*a*) C. Brünner, Die bisherigen Resultate experimenteller Untersuchungen über die Art der Wirkung des Tetanusgiftes auf das Nervensystems; *Deutsch. med. Woch.*, XX, 5, 1894.

(*b*) Gumprecht, Versuche über die physiologischen Wirkungen des Tetanusgiftes im Organismus; *Arch. die gesamm. Physiol.*, LIX, 3-4, 1894.

Goldscheider (*a*) fece pure studii assai interessanti sullo stesso argomento, affermando intanto fin dal principio che il tetano locale non sia differente dal tetano generale, nella quale opinione tutti oramai convengono. Con esperienze irrefutabili dimostra, d'accordo con quasi tutti gli autori precedenti, che la sostanza muscolare non è influenzata direttamente dal tetano, ma che gli spasmi tetanici, come anche le contratture locali, dipendono dai centri motori del sistema nervoso centrale, e specialmente dalle corna anteriori del midollo spinale. Egli cerca nel sistema nervoso stesso la ragione per cui è prima colpita quella parte della colonna grigia del midollo che corrisponde al luogo d'iniezione, non trovandola nella diffusione del veleno per la via sanguigna o linfatica; secondo le ricerche di Goldscheider, si tratterebbe di un'azione venefica del virus tetanico sulla sostanza nervosa, che non consisterebbe in una semplice irritazione, ma in un'*alterazione della sostanza nervosa* (particolarmente della sostanza nervosa motoria), *in conseguenza della quale questa diventa sempre più eccitabile.* Questa alterazione si compirebbe a poco a poco, avendo bisogno di un certo tempo per isvilupparsi, perchè, benchè il veleno tetanico si assorba e venga portato nei succhi in modo straordinariamente rapido, passa un certo tempo prima che insorgano i crampi. La *ipereccitabilità* si sviluppa certamente perchè il veleno del tetano viene in contatto colla sostanza nervosa, per la via circolatoria negli organi centrali, e direttamente coi nervi periferici al punto d'inoculazione. Tanto che sieno i nervi sensibili come i motori, che vengono nel sito di iniezione in contatto con grandi quantità del veleno, la sostanza nervosa viene ivi alterata nel senso della ipereccitabilità. Ora i cilindri assili periferici *rappresentano solo parti delle cellule gangliari centrali.* Il cilindro dell'asse sensibile è una parte integrante della cellula gangliare spinale, che coll'altro suo capo agisce immediatamente sulla sostanza grigia del midollo spinale, ed il motorio è, a sua volta, una parte integrante della cellula del corno anteriore [o posteriore] spinale. Lo stato d'ipereccitabilità non può rimanere a lungo limitato ad una parte della cellula, e qui si pone la questione se specialmente sia possibile pensare che uno stato di ipereccitabilità del cilindro dell'asse possa rimanere senza ripercussione sulla cellula gangliare d'origine. Cilindro dell'asse e cellula gangliare, per quanto lungo sia il primo, per qualsiasi regione del corpo decorra, sono una *unità*, un *neurone.* Poichè essi rappresentano geneticamente una cellula, così anche le loro alterazioni funzionali si propagano così rapidamente, come ciò può verificarsi in una cellula. Anche non ammettendo la teoria dei neuroni il ragionamento di Goldscheider non cambia.

Tuttavia Goldscheider, tanto nei topi che nelle cavie, non trovò alterazioni anatomiche nel tetano, e crede dovute alle lunghe convulsioni le lesioni di Nerlich.

C. Beck (*b*) ammette che il veleno del tetano produca alterazioni in corrispondenza delle cellule nervose per via dei succhi nutritizii o lungo i cilindri assili, come si constaterebbe nei cadaveri d'animali morti per tetano.

Concludendo, per quanto non regni ancora l'accordo completo fra tutti gli autori, pare lecito concludere dalle loro ricerche che il veleno tetanico agisca direttamente ed essenzialmente sulle cellule gangliari del midollo spi-

---

(*a*) A. Goldscheider, Wie wirkt das Tetanusgift auf das Nervensystem? *Zeitsch. f. klin. Med.*, XXVI, 1-2, 1894.

(*b*) Ueber die Veränderungen der Nervenzellen bei experimentellen Tetanus, nebst einige Bemerkungen über die normale Structur der Nervenzellen; *Ungar. Arch. f. Med.*, II, 3-4, 1894.

nale, le quali infatti sono quelle appunto che si trovarono maggiormente lese nelle osservazioni anatomiche di Nerlich, Bonome e di Venturi sull'uomo, di Beck, Marinesco, ecc., sugli animali. Non è poi assurdo ammettere che in date circostanze il veleno possa, se abbondante e molto attivo, agire pure sulle fibre nervose periferiche. In farmacologia abbondano gli esempi di questa azione sconfinante dei rimedii.

Veniamo ora al tetano cefalico. Come se ne spiega la sindrome? Abbiamo già visto come esso devasi alla stessa causa da cui deriva il tetano comune. Resta solo a vedere in qual modo una causa che produce sempre fenomeni di eccitazione dia luogo, in determinate condizioni, a sintomi di paralisi. Per quanto riguarda alla limitazione dei crampi al capo, od al capo ed al collo, alla loro unilateralità, alla partecipazione della faringe e laringe allo spasmo, questi fatti si spiegano col modo con cui si sa decorrere l'infezione tetanica; questa comincia locale e poi si diffonde in ragione della virulenza del virus o della recettività del soggetto. Potrebbe anche darsi che, essendo alla faccia più attiva la circolazione e quindi i fenomeni di fagocitosi più intensi, a questo fosse dovuto il fatto della minor diffusione dell'avvelenamento. Quanto alla gravità del tetano facciale esso dipende, più che dall'intensità o diffusione della malattia, dalla partecipazione dei muscoli respiratorii all'affezione.

La paralisi del facciale viene riferita da Rose, a cui si accosta Oliva, a neurite facciale ascendente; il facciale tumefatto sarebbe compresso nel canale osseo per cui passa. Triglia l'attribuisce ad un focolaio emorragico nel nucleo del facciale. Villar parla di frattura della rocca. Giuffrè crede che " la paralisi del facciale sia determinata dallo stesso trauma, il quale determina il tetano, e che sia affatto indipendente da questo e localizzata nel tronco del nervo, non nel nucleo d'origine ". Bernhardt invece tende a localizzare la causa di questo fenomeno nel nucleo del facciale; Nerlich (*a*) trovò, come vedemmo, alterazione delle cellule gangliari dei nuclei del facciale e del trigemino d'ambo i lati, nonchè di quelle del nucleo dell'ipoglosso sinistro.

Houques a sua volta è di parere che la paralisi facciale sia dovuta a riflesso del trigemino leso, dalla ferita sul nervo motore; difatti Gowers dice che la forte irritazione del V può dare ptosi paralitica. Quest'opinione ha però bisogno di essere dimostrata, e l'osservazione ha provato falsa l'ipotesi di Villar, non essendosi riscontrata al tavolo la supposta frattura della rocca. La spiegazione di Nerlich non è accettata, perchè le alterazioni da lui descritte vengono da alcuni ritenute conseguenza delle convulsioni o del modo di preparare il pezzo anatomico, nè del resto si capisce come una stessa lesione dia pel facciale la paralisi da un lato, la eccitazione dall'altro, pel trigemino l'eccitazione (trisma).

Klemm in un primo lavoro, pubblicato nel 1891, citato sopra a pag. 564, confuta il Brünner, il quale in base ad esperimenti negli animali (*b*), aveva emesso l'opinione che " in molti casi la paralisi del facciale fosse un sintoma dovuto ad errore di osservazione, o ad una complicazione accidentale, da togliersi dalla catena dei fenomeni tetanici ", ed esprime il parere che in ogni caso la paralisi sia di origine tossica.

In un secondo lavoro lo stesso Klemm (*c*) cerca di spiegare meglio i sintomi del tetano cefalico; comincia dal dire che il tetano probabilmente si inizia

(*a*) Ein Beitrag zur Lehre vom Kopftetanus; *Arch. f. Psych.*, XXIII, 3, 1892.

(*b*) Der Kopftetanus beim Thiere und die Facialislähmung beim Tetanus hydrophobicus des Menschen; *Deutsch. Zeitsch. f. Chim.*, XXX, 6, 1890.

(*c*) Zur Frage des Kopftetanus, Tetanus mit Facialislähmung; *Berl. klin. Woch.*, XXX, 3, 1893.

sempre, come del resto abbiamo già sopra detto ripetutamente, con crampi locali, in corrispondenza della lesione, crampi che possono passare inosservati al tronco e agli arti, ma alla faccia appaiono subito spiccati per le alterazioni della mimica che ne derivano, e perchè sono più facilmente apprezzabili, anche se leggiere. Egli distingue due azioni tossicologiche del veleno: la *periferica* e la *centrale*.

Per Klemm l'azione periferica si estrinseca con un'alterazione dei distretti muscolari che si trovano in vicinanza della porta d'entrata dell'infezione, e si osserva specialmente bene nelle lesioni in corrispondenza dei 12 nervi craniani. Quest'azione periferica ha luogo, secondo lo stesso autore, per una diretta alterazione degli apparecchi nervosi terminali. L'azione centrale si manifesta appena il virus ha raggiunto gli apparecchi nervosi centrali. Klemm spiega la contrattura nei distretti muscolari paralizzati, che si osserva appunto nel tetano cefalico, con una doppia azione della sostanza tossica dalla periferia e dal centro. Per l'azione centrale del virus può accadere, che, ad onta della paralisi periferica, si abbia un certo stato di contrattura della muscolatura paretica, la cosidetta *rigidità paralitica*.

Il Brunner in un suo secondo lavoro si esprime molto diversamente da quello che aveva fatto antecedentemente (*a*). Egli chiama col nome di tetano cefalico tutti i casi di tetano nei quali la porta d'entrata dei bacilli si trova in corrispondenza dei 12 nervi cerebrali, e distingue con Klemm i casi con fenomeni paralitici e quelli senza fenomeni paralitici. Noi crediamo che convenga riservare il nome di tetano cefalico o tetano paralitico a quei casi, nei quali vi ha concomitante paralisi del facciale (o eventualmente, ciò che è raro, di altro nervo craniano), sia in essi il tetano localizzato al capo oppure diffuso al tronco ed arti; naturalmente in questi casi la lesione è sempre cefalica. Salvo casi eccezionali, Klemm non dubita che le paralisi siano un prodotto del veleno; questo agirebbe e sui rami periferici del facciale (o di altri nervi) al luogo d'infezione, e poi assorbito sul centro, nel bulbo; l'azione sul bulbo, riflettendosi sui nervi, troverebbe in corrispondenza della lesione periferica un *locus minoris resistentiae*, e produrrebbe come primo effetto una contrattura; sopraggiungerebbe la paralisi se il virus è più attivo o agisce più a lungo.

Anche Lannois (*b*), Willard (*c*), ecc., credono che la paralisi del tetano cefalico sia dovuta ad azione tossica.

La teoria di Brunner è, al pari di quella di Klemm, molto seducente, ma si presta essa pure a critica. Come spiegare il trisma che accompagna la paralisi; come va che gli stessi fatti non si osservano anche in altre parti?

Per cui io credo che l'opinione primitiva di Rose sia ancora quella più attendibile. Il facciale, decorrendo in un canale osseo, più facilmente va soggetto a compressione appena si tumefaccia un poco, onde i sintomi di paralisi, dipendenti dalla neurite, la quale del resto può esistere anche senza paralisi (*d*). La neurite è in generale molto leggiera, ecco la ragione per cui spesso sfuggì all'esame clinico ed anatomico; forse si ha da fare con una neurite segmentaria periassile (V. vol. VI, parte 2ª, pag. 149), nella quale il cilindro assile non subisce la degenerazione walleriana; del resto non è a dire che in

(*a*) Zur Pathogenese des Kopftetanus; *Berl. klin. Woch.*, XXVIII, 36, 1891. — *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, Bd. XXX, pag. 574.

(*b*) Sur un cas de tétanos céphalique avec paralysie faciale; *Revue de Méd.*, 1890, n. 2.

(*c*) V. Caso riferito nella *Riforma medica*, 1895, vol. II, pag. 792.

(*d*) V. in proposito Bernhardt, *Zeitsch. f. klin. Med.*, Bd. XVII.

parecchi casi non si sia osservata la neurite, e ciò fin dai tempi antichi. Per quanto riguarda l'esame clinico si sa che nelle forme leggiere spesso manca la reazione degenerativa, che io del resto ho trovato esistere chiaramente in un caso di tetano cefalico con paralisi del facciale. Questo caso anzi mi ha dato opportunità di fare alcune esperienze, che confermano quelle di Brunner. L'ammalato aveva contratto una ferita al capo in seguito allo sparo di un mortaretto, ed il tetano si era sviluppato qualche tempo dopo. Ora, esperimentando colla polvere del mattone che aveva servito a caricare il mortaretto, e di cui numerosi granellini si palpavano infissi nella cute della faccia e del volto del paziente, ho potuto produrre il tetano, inoculando 5-10 cgr. di questa polvere sotto la cute delle cavie; se si inoculavano 20 cgr. o più di questa polvere la morte avveniva entro 24 ore con sintomi paralitici. Ora anche Brunner produceva la paralisi inoculando agli animali grosse dosi di coltura di bacillo di tetano, e sappiamo che la stricnina, la quale col virus tetanico ha molte analogie per quanto riguarda la sua azione farmacologica, eccita dapprima e poi paralizza; ma, se la si impiega a dosi elevate, i sintomi di eccitazione mancano, e si osserva semplicemente la paralisi (*a*).

Il veleno qui localmente agirebbe in dose massiva e produrrebbe subito la paralisi; più lontano invece si avrebbero solo i soliti fenomeni di eccitazione.

Ma come va che il tetano cefalico è così benigno? In generale sappiamo che i veleni, se inoculati al capo, sono più pericolosi, e più facilmente letali; cito per es. la cocaina; così le infezioni sono più gravi, se la porta d'entrata è al capo, ad es. la sifilide, la rabbia, malattia questa ultima che col tetano ha così grandi analogie.

Invece qui si osserverebbe l'inverso; il virus tetanico, inoculato per la faccia e a dosi massive, come dovrebbe essere, se si volesse ammettere questa spiegazione, dà sintomi meno gravi, e guarisce più facilmente delle altre forme di tetano; anzi spesso resta localizzato, ciò che indica appunto o un'infezione più benigna, una virulenza minore dell'agente infettante, o una ricettività minore da parte del paziente.

Si potrebbe anche pensare che il veleno tetanico in certe condizioni di preparazione, meglio in certe condizioni di vita del bacillo di Nicolaier, avesse azione paralizzante.

Tizzoni, Cattani e Baquis hanno trovato appunto due bacilli del tetano patogeni; il primo di essi anzi produce, nei conigli, un'esagerazione dell'eccitabilità generale, e poi contrattura in corrispondenza dell'arto, in cui si fa l'inoculazione; a questi primi sintomi seguono spesso fenomeni di paresi, che ordinariamente si limitano all'arto operato. Che nel tetano cefalico si abbia da fare con questa particolare forma di bacillo, che dà facilmente paralisi? La mia osservazione potrebbe essere un argomento in favore di tale ipotesi.

D'altra parte, perchè non ammettere che i sintomi di eccitazione siano dovuti al virus tetanico, e quelli di paralisi ad altri microorganismi, sapendosi come per lo più il tetano sia un'infezione mista? O volendo ammettere che paralisi e spasmo dipendono dalla stessa causa, potrebbe invocarsi lo stato della circolazione della faccia. Il virus tetanico, inoculato anche a dosi alte, viene neutralizzato dalla fagocitosi, prima che sia penetrato in sufficiente quantità ai centri; dà sintomi locali gravi, sintomi generali scarsi; così succede per lo più in tutte le infezioni, la cui gravità sappiamo essere in ragione

---

(*a*) V. Bouchard, Patologia generale, vol. I, parte 2ª, pag. 337, trad. ital. edita dall'Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1896.

inversa dei fenomeni locali che determinano. Naturalmente qui si parla di fenomeni locali dipendenti dal solo bacillo tetanico, non da altri microorganismi; poichè l'osservazione dimostra che il più spesso l'infezione del bacillo di Nicolaier è accompagnata da altra infezione piosettica, e questa aggrava maggiormente la infezione tetanica.

Sarebbe così spiegata la ragione della gravità locale dei sintomi, accompagnata da una relativa benignità dei fenomeni generali. Questa spiegazione non si applica ai casi, certamente rari, in cui la paralisi del facciale accompagna il tetano traumatico, ma il trauma ha avuto luogo in altra regione che non sia il capo. Larger vide un caso simile: il tetano facciale si sviluppò in seguito ad ascesso sottoungueale, per ischeggia infittasi all'indice sinistro, nel cui pus vi era il bacillo di Nicolaier (*Soc. de Chir. de Paris*, 28 novembre 1894). In questo caso si potrebbe interpretare la paralisi come una delle solite forme di paralisi che accompagnano o seguono le infezioni.

Qualunque sia l'opinione che si voglia adottare in proposito, piacemi fin d'ora affermare, anche per mia esperienza, come riesca difficile risolvere la questione colle iniezioni di virus tetanico a piccoli animali. Intanto in questi l'attività muscolare, la distribuzione nervosa e circolatoria sono differenti, da quello che si osserva nell'uomo; si vede inoltre che in generale l'irritazione locale dell'iniezione, coll'edema consecutivo, maschera i fenomeni di paralisi o di eccitazione che eventualmente potrebbero insorgere nel distretto del facciale o di altri nervi craniani. È solo coll'osservazione sull'uomo che potrà risolversi definitivamente la questione, nessun altro animale presentando tanta ricchezza e varietà di muscoli e di innervazione e circolazione facciale come l'uomo.

E probabilmente la causa di questa forma di tetano non è unica: ora si tratta di infezione mista, ora di attività particolare del microorganismo infettante, ora di particolare resistenza o ricettività del soggetto; potrebbe anche darsi che la paralisi del facciale fosse una semplice coincidenza fortuita. Sappiamo infatti come sia frequente la paralisi del facciale *a frigore*, e l'importanza che hanno le cause reumatiche nella produzione del tetano.

Terapia del tetano.

Immunità e sieroterapia. — Prima di venire a parlare della terapia del tetano sarà utile dire due parole sulla immunità e sulla immunizzazione artificiale, onde vedere quali progressi hanno apportato questi studi nella cura del tetano.

È noto come Behring e Kitasato (*a*) abbiano nel 1890 fatto la importante scoperta, che il siero di sangue di conigli, resi artificialmente immuni verso il tetano, ha la proprietà di distruggere il veleno tetanigeno, tanto *in vitro*, come nell'organismo degli animali infetti. Kitasato osservò inoltre che il siero di animali, naturalmente immuni, non possiede tale proprietà antitossica, proprietà che acquista quando si sia introdotta nel suo organismo una forte dose di veleno tetanigeno, e sia passato un certo tempo da questa introduzione (*b*). A questo proposito è utile osservare che tanto il pollo, come il

(*a*) Behring und Kitasato, Ueber das Zustandekommen der Diphtherie - und Tetanus- Immunität: *Deut. med. Woch.*, 49, 1890.

(*b*) V. pure: L. Vaillard, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, vol. VI, n. 4, 1892.

cane, non sieno refrattarii al tetano, come fino a pochi anni fa si era creduto. Courmont e Doyon (*Soc. de Biol. de Paris*, 21 ottobre 1893) produssero il tetano nei polli, come lo produssero prima il Parietti (*a*), e poi Tizzoni e Cattani (*b*), nei cani. Questi autori anzi poterono poi notare che i cani, sottoposti all'azione di piccole dosi di virus tetanico, che produce il tetano locale, diventano immuni contro iniezioni molto maggiori, e sicuramente letali di virus, una volta superato il tetano locale.

Tali osservazioni vennero estese in seguito ad altri animali: topi, cavie, montoni, pecora, cavallo, piccioni, ecc. Questi animali tutti si poterono immunizzare, mediante particolari procedimenti contro il tetano, ed allora si videro capaci di trasmettere col siero del loro sangue l'immunità contro la malattia ad altri animali della stessa specie o di specie differenti (*c*). Ma chi specialmente si occupò con ardore della questione fu il Tizzoni insieme con la dottoressa G. Cattani; tutti e due sviscerarono l'argomento con nuovi ed importanti studi ed applicarono arditamente, bisogna dirlo con un certo successo, la sieroterapia al tetano, seguiti poi nel loro esempio non solo in Italia, ma pure in Germania, Francia, Inghilterra ed America.

L'immunità contro il tetano è anche ereditaria (*d*), e la ereditarietà pare trasmessa essenzialmente dalla madre (*e*). La sostanza che produce tale immunità (antitossina) si elimina per le urine, pur perdurando nel corpo per un tempo sufficientemente lungo perchè possa spiegare i suoi effetti (*f*), effetti che, al dire di Behring, non esercita in modo completo che dopo 24 ore almeno dalla sua introduzione nel corpo.

Tizzoni e Cattani estrassero pure dal siero degli animali immunizzati contro il tetano, conigli, cani, cavalli, questa antitossina: una sostanza albuminoide (non una globulina, ma una sostanza diversa compresa nel precipitato formato dalle globuline) (*g*), forse un'enzima differente dal fibrino-fermento non dializzabile, che precipita coll'alcool e col solfato di magnesia, la quale ha precisamente lo stesso valore del siero, distruttore pel veleno tetanigeno, ed immunizzante per gli animali. Si è questa sostanza che venne chiamata *antitossina del tetano*, e che si trova appunto nel sangue, specialmente nel siero, mentre manca nei tessuti (nervoso e muscolare), nonchè negli organi interni (milza, fegato e vene).

Essa è il prodotto di una reazione specifica dell'organismo vivente sulle alterazioni biologiche prodotte dal veleno tetanico, sia che questo veleno

---

(*a*) PARIETTI, Sull'immunità verso il virus tetanico conferita sperimentalmente ai cani; *Riforma medica*, agosto 1889.

(*b*) *Riforma medica*, 26 giugno 1889. — TIZZONI e CATTANI, Ulteriori ricerche sul tetano.

(*c*) V. in proposito: BEHRING, Die Blutserumtherapie bei Diphtherie und Tetanus. — ID., Ueber Immunisirung und Heilung von Versuchs-thieren beim Tetanus. — SCHÜTZ, Versuche zur Immunisirung von Pferde u. Schafe gegen Tetanus; *Zeitsch. f. Hyg. u. Inf.*, Bd. XI, H. 1, 1892. — VAILLARD, loco citato; *Soc. de Biol.*, 21 febbraio 1891 — ed i lavori di Tizzoni e Cattani pubblicati nella *Riforma medica*, 1891-92, ecc. — KITASATO, *Zeitsch. f. Hyg. u. Inf.*, vol. X, 2, 1891, e vol. XII, fasc. 3, 1892. — VLADIMIROFF, *Ibid.*, vol. XV, 3, 1893. — ROUX e VAILLARD, *Annales de l'Inst. Pasteur*, n. 2, 1893, ecc.

(*d*) TIZZONI e CATTANI, Sulla trasmissione ereditaria dell'immunità contro il tetano; *Rif. med.*, 1892, vol. II, pag. 219.

(*e*) P. EHRLICH und W. HUEBNER, *Zeitsch. f. Hyg. u. Inf.*, Bd. XVIII, H. 1, 1894.

(*f*) K. VAGEDA, *Zeitsch. f. Hyg. u. Inf.*, Bd. XX, H. 2, 1895.

(*g*) TIZZONI e CATTANI, Ulteriori ricerche sull'antitossina del tetano; *Riforma med.*, 1891, vol. II, pag. 601.

venga iniettato all'animale, oppure si formi nel corpo in seguito a penetrazione del bacillo di Nicolaier (*a*).

Brieger e Cohn (*b*) dimostrarono che questa sostanza protettiva del tetano passa nel latte delle capre immunizzate in quantità sufficiente da poter essere isolata: Brieger e Cohn la estraggono col solfato d'ammonio e cloroformio, Brieger ed Ehrlich colla dialisi, e la concentrano in modo da elevarne il potere protettivo a 600 volte.

Tale sostanza perde le sue proprietà alla temperatura, alla quale si coagula l'albumina, per cui non conviene scaldarla oltre i 65° C.; non resiste agli acidi minerali, ed organici in forte concentrazione, nè agli alcali concentrati (*c*); si conserva bene al freddo coll'aggiunta di fenol 0,5 % (*d*). Roux e Vaillard la disseccano nel vuoto, perchè in tal modo l'antitossina, purchè conservata al riparo della luce, si conserva indefinitamente; per adoperarla si scioglie in sei volte il suo peso di acqua, iniettando di tale sostanza 100-400 cm^3 nell'uomo tetanico. Tizzoni e Cattani la ottengono precipitando il siero con alcool, ed essiccando il precipitato, che poi si scioglie in acqua al momento di usarlo.

Gli animali che dànno il siero antitetanico, come i metodi d'immunizzazione per ottenerlo sono varii, a seconda dei varii autori, e gli stessi in generale che si usano per la preparazione del siero antidifterico. Tizzoni e Cattani lo estraevano prima dal coniglio e dal cane; essi avevano visto che quanto più l'animale è ricettivo, tanto più il suo siero, una volta immunizzato l'animale, era attivo, ma preferivano ciò non di meno, nell'applicazione all'uomo, il siero di cane, meno ricettivo pel tetano, a quello di coniglio, perchè il siero di cane era più facile ad ottenere di quello di coniglio, e per l'affinità maggiore del cane coll'uomo nella scala zoologica. In seguito si ricorse al cavallo, come si fa per la difterite, ed ora tutti si servono di questo animale, come quello che è capace di dare grandi quantità di siero.

Per l'immunizzazione occorre avere delle tossine molto virulenti: quanto più attive sono le tossine che si iniettano all'animale da immunizzare, tanto maggiore attività ha il siero antitossico. Tizzoni (*e*) uccide un coniglio di 2 Kgr. in 24 ore con $1/_{20}$ di goccia di coltura filtrata; Behring uccide un coniglio in 3-4 giorni con 3 cm^3 di coltura filtrata, onde la superiorità del siero antitossico di Tizzoni e Cattani su quello di Behring, ed una delle ragioni pure dei successi ottenuti dai due autori italiani.

Per quanto riguarda il metodo di immunizzazione, dobbiamo notare come Tizzoni e Cattani si servano di piccole dosi di colture o di tossine virulenti che poi aumentano poco a poco; il potere antitossico del siero cresce col tempo e colle successive iniezioni di tossina. Behring e Kitasato usano il tricloruro di jodio, iniettandolo prima, oppure insieme colle colture di tetano agli

---

(*a*) Behring und Knorr, Ueber der Immunisirungswerth und Heilwerth des Tetanusheilserums bei weissen Mäusen; *Zeitsch. f. Hyg. und Inf.*, XIII, 3, 1893. — Koudratieff (*Arch. für experim. Path. u. Pharm.*, Bd. XXXVII, H. 1-2, 1896) ritiene che la sostanza immunizzante pel tetano sia parte integrante delle cellule degli organi e si possa estrarre forse solo quando esse sono disgregate; essa non sarebbe un albuminoide, e si conterrebbe in quantità minima nel siero di cavallo.

(*b*) *Zeitsch. f. Hyg. u. Inf.*, Bd. XV, H. 3, 1893.

(*c*) Tizzoni e Cattani, Sulle proprietà dell'antitossina del tetano; *Riforma medica*, 1891, vol. II, pag. 315.

(*d*) Behring und Frank, *Deut. med. Woch.*, n. 16, 1892.

(*e*) V. G. Cattani, L'ematoterapia nel tetano; *Rif. medica*, 1892, vol. II, pag. 769. — G. Tizzoni e G. Cattani, Alcune questioni relative all'immunità pel tetano; *Riforma medica*, 1892, vol. III, pag. 495.

animali; potrebbero anche servire le colture filtrate con estratto di timo (Brieger, Kitasato e Wassermann). Roux e Vaillard si servono invece della tossina tetanica mescolata con soluzione di Gram.

Vaillard ricorre alle colture filtrate rese parzialmente inattive col calore (60° C., 55°-50° C.), iniettandole prima nella coda e poi nel tronco degli animali. Per la tecnica della preparazione delle tossine, delle iniezioni agli animali, per la conoscenza più intima dei fenomeni di reazione che questi presentano dopo le iniezioni, e dell'epoca più opportuna per estrarre il siero, prepararlo e conservarlo, ecc., rimandiamo ai Trattati speciali (*a*).

La questione dell'importanza della milza nella immunizzazione venne risolta da Tizzoni e Cattani nel senso che essa non entra affatto nella produzione del siero curativo (*b*).

L'antitossina del tetano, iniettata prima od insieme colla tossina, agli animali, impedisce lo sviluppo del tetano; non ha più azione, se iniettata quando sono già cominciati i fenomeni tetanici.

Per quanto riguarda il valore immunizzante del siero antitossico, esso si misura, secondo Behring, dalla quantità di siero necessaria per rendere immune un grammo di topo. Così quando si dice che un siero ha l'attività immunizzante di un milione, ciò vuol dire che un cm^3 di esso serve a rendere immune 1000 Kgr. di topo, ovverosia che un topo di 30 gr. si può rendere refrattario coll'iniezione di 0,00003 cm^3 di quel siero. Si può ottenere dal cavallo del siero di una attività immunizzante eguale 1 : 10 milioni, vale a dire che con un cm^3 di questo siero si immunizzano 500 mila topi del peso di 20 gr. circa caduno, ovvero 143 uomini del peso di 70 Kgr. caduno, contro la minima dose mortale di veleno tetanico. Tizzoni e Cattani posseggono un siero di potenza immunizzante eguale ad 1 : 100 milioni (*c*).

Ma se bastano queste dosi per rendere immune un animale dal tetano, quando sieno iniettate prima od insieme col virus tetanico (dose minima mortale), una volta che l'infezione è avvenuta, quando sono già scoppiati i primi sintomi del tetano, occorrono dosi molto maggiori, fino a 1000-2000 volte e più (Behring, Tizzoni e Cattani), ed ancora nemmanco con queste dosi colossali si è sicuri dell'esito, come dimostrò l'esperienza.

Secondo Tizzoni e Cattani (*d*), la guarigione si ha costantemente quando la cura col siero antitossico è praticata subito al primo apparire dei fenomeni tetanici; la cura è invece di risultato meno certo e la risoluzione più lenta e difficile quando si applichi la sieroterapia più tardi, cioè quando i fenomeni tetanici locali sono arrivati al loro massimo, e già incomincia la loro diffusione; è finalmente inutile ogni cura quando il tetano si è generalizzato ed è oramai prossima la morte. La quantità di siero necessaria per ottenere la guarigione cresce in modo enorme a misura che la cura si pratica

---

(*a*) Stimiamo utile qui ricordare come Rummo (Sulla immunità alle infezioni per assuefazione farmacologica (mitridatismo), Stricnina e tetano; *Rif. med.*, vol. IV, 1893, pag. 73) sia riuscito a rendere immuni contro il tetano animali sensibili come le cavie, mediante la refrattarietà acquisita per la stricnina. Gli stessi risultati positivi dice di aver avuto Peyraud pel coniglio (*Semaine médicale*, X, 44, 1890), mentre le esperienze di Nocard e Goldscheider sarebbero riuscite negative. Io pure ebbi risultati negativi sulle cavie, che non potei mai abituare alla stricnina.

(*b*) Tizzoni e Cattani, Sull'importanza della milza nell'immunizzazione del coniglio contro il tetano: *Rif. med.*, 1893, vol. III, pag. 457.

(*c*) V. *Riforma medica*, 1893, vol. IV, pag. 314.

(*d*) Ulteriori ricerche sperimentali sulla immunità contro il tetano; *Rif. medica*, 1893, vol. IV, pp. 289, 301, 313, 325.

in periodo più avanzato della malattia. Le iniezioni di siero poi non influiscono sui fenomeni preesistenti, che anzi aggravano un poco (solo dopo qualche ora, il giorno dopo, questi si arrestano e si risolvono), ma localizzano i sintomi del tetano già sviluppato e ne impediscono la diffusione, preservando le parti non ancora colpite dalla malattia. È difficile poi dire la dose di siero da propinare, variando essa non solo colla malattie, ma anche colla provenienza e col valore immunizzante; Tizzoni consiglia di dare all'uomo, per iniezione sottocutanea, 5-6 cgr. di precipitato alcoolico essiccato, ottenuto da siero della potenza immunizzante eguale ad 1 : 100 milioni, nei primissimi stadii della malattia (0,70 cm^3 di siero), e se il tetano è di media acutezza; se il tetano è in uno stadio più avanzato suggerisce di arrivare alla dose di 10-12 gr. di precipitato secco, cioè 210 cm^3 di siero.

L'applicazione del siero antitossico alla cura del tetano nell'uomo venne tentata su larga scala da Tizzoni e Cattani fin dal 1892 (*a*), ed in principio con esito buono, malgrado fra i casi curati ve ne fossero di quelli gravissimi, e forse sicuramente letali (*b*). L'esempio venne seguìto ben tosto in Germania, Inghilterra, Francia, ecc., ma col moltiplicarsi delle osservazioni i successi terapeutici andarono diminuendo, e le speranze di aver trovato un rimedio sicuro del tetano rimasero ancora deluse, per quanto non si debba disperare di avere presto una soluzione più felice di questo problema importantissimo della cura del tetano.

L'esperienza ha infatti dimostrato che l'antitossina non distrugge, non neutralizza la tossina *in vitro*, e nel corpo umano, al pari di un alcali che neutralizza un acido, come vuole Behring; se così fosse, ogni infezione tetanica dovrebbe necessariamente guarire, purchè fosse possibile introdurre la necessaria quantità d'antitossina, ciò che purtroppo non è. La morte diffatti avviene egualmente anche quando il sangue contenga molta antitossina ed abbia acquistato un forte potere immunizzante (come osservarono Buschke e Oergel, Beck, Blumenthal per l'uomo, Roux e Vaillard per gli animali) (*c*). Invece l'azione curativa dell'antitossina deve interpretarsi come un'azione immunizzante di quei territorii cellulari, che al momento dell'iniezione non sono ancora influenzati dalla tossina (Buchner); non pare che le parti già avvelenate possano essere influenzate dalla antitossina, come lo provano le osservazioni di Blumenthal (loc. cit.), il quale in una donna, morta per tetano, malgrado l'iniezione di

---

(*a*) Ecco l'elenco dei 12 primi casi di tetano curati felicemente con l'antitossina di Tizzoni (sia secca che fresca, estratta per lo più dal cane, ma anche talvolta dal coniglio o dal cavallo):

1) Gagliardi, *Rif. med.*, 1892, vol. II, pag. 5; — 2) Schwartz, *Ibid.*, 1892, vol. IV, pag. 109; — 3) Pacini, *Ibid.*, 1892, vol. I, pag. 39; — 4) Tizzoni, *Ibid.*, 1892, vol. III, pag. 110; — 5) Taruffi, *Ibid.*, 1892, vol. II, pag. 174; — 6) Casali, *Ibid.*, 1892, vol. II, pag. 579; — 7) Finotti, *Wien. klin. Woch.*, 1892, n. 1; — 8) Id., *Rif. medica*, 1892, vol. II, pag. 866; — 9) Id., *Ibid.*, 1892, vol. IV, pag. 698; — 10) Magagni, *Ibid.*, 1893, vol. I, pag. 327; — 11) Gattai, *Ibid.*, 1893, vol. III, pag. 2; — 12) Lesi, *Ibid.*, 1893, pag. 475. — Seguono due casi di tetano cefalico pure curati felicemente coll'antitossina Tizzoni, dimostratasi anche efficace nel tetano reumatico (Matteucci, *Rif. medica*, 1895, pag. 227: Giusti e Bonaiuti, *Gazz. degli Osp.*, n. 56, 1894; — Caretti, *Rif. med.*, 1895, vol. I, pag. 159.

Stimo inutile riferire qui gli altri numerosissimi casi di tetano curati in seguito in Italia ed all'estero col siero antitetanico, anche per non allungare troppo la mole della presente opera.

(*b*) L'applicazione della sieroterapia al tetano diede origine ad una polemica fra Albertoni (Seduta della Società medico-chirurgica di Bologna, 20 maggio 1892, e *Therapeut. Monatschf.*, VI, 9, 1892 — Albertoni, Die Therapie des Tetanus) e la dott. G. Cattani (*Rif. medica*, 1892, vol. II, pag. 769), nonchè Garré (loco citato).

(*c*) Roux e Vaillard, Contr. à l'état du tétanos; *Ann. de l'Inst. Pasteur*, n. 2, 1893. — Buschke e Œrgel, loco citato. — Blumenthal, loco citato.

antitossina, non trovò più tossina tetanica nel sangue, ma sì bene ancora nel midollo spinale. Moritz (*a*) invece crede che l'antitossina influenzi in senso benefico le parti avvelenate, il sistema nervoso centrale, in modo da ricondurle alla guarigione, ciò che avverrebbe quando non si fossero ancora verificate in esso delle alterazioni irreparabili.

Secondo Tizzoni e Cattani, l'antitossina guarisce il tetano con lo stesso meccanismo con cui lo previene (*Rif. med.*, vol. II, pag. 770, 1892); detta sostanza iniettata va a fissarsi e rendere insensibili al veleno del tetano quelle parti del sistema nervoso che non furono ancora invase dalla malattia (opinione di Buchner), onde la poca o nessuna influenza sui fenomeni tetanici già in corso (limitandosi essa ad impedire la loro diffusione), e la sua impotenza addirittura a guarire quando il veleno abbia interessate le parti più importanti alla vita, e poco o punto di sistema nervoso rimanga da immunizzare. E poichè, al dire di Behring, Roux e Vaillard, la sua influenza benefica sul sistema nervoso richiede un certo tempo, non minore di 24 ore, per esercitarsi completa, si capisce, sempre secondo Tizzoni e Cattani, perchè negli stadii avanzati il rimedio riesca senza effetto, potendo il veleno diffondersi alle parti del sistema nervoso ancora libere prima che abbiano risentito l'influenza dell'antitossina, nome questo che detti autori respingono, preferendo l'espresione di *immunizzazione curativa* per contrapposto all'*immunizzazione preservativa* (*b*).

Se si vuole ammettere la teoria di Roux, che è quella che più seduce, che il siero antitossico agisca stimolando gli elementi cellulari a resistere all'azione del veleno, risvegliando i poteri dell'organismo, come dice Trevelyan (*British med. Journ.*, 8 febbraio 1896), allora si capisce meglio come riesca utile l'antitossina solo quando le cellule non sieno ancora completamente paralizzate o distrutte, ma capaci tuttora di rispondere allo stimolo, difendersi e ritornare allo stato normale.

Qualunque sia il meccanismo d'azione dell'antitossina, il Tizzoni afferma di avere avuto una statistica molto buona, cioè con una mortalità del 20 % almeno, che egli mette di fronte a quella del Richter, già più sopra ricordata, nonchè a quella complessiva di Forgues e Reclus, che dànno una mortalità dell'88 %, su 2072 casi di tetano (*c*). Statistica invero molto interessante quella di Tizzoni, se non fosse fatta su di un numero troppo ristretto di casi, dei quali molti certo piuttosto benigni.

Ed è appunto in vista dei risultati poco buoni, verificatisi in Germania, Francia ed Inghilterra, che la sieroterapia curativa del tetano va perdendo terreno, mentre invece ne acquista di più la preventiva, proposta da Vaillard (*d*), Nocard, Berger (*e*), ecc.

Vaillard e Nocard la raccomandano in ogni caso pei feriti, che si trovano in

---

(*a*) Moritz, Ueber einen mit Heilserum behandelten Fall von Tetanus beim Menschen; *Münchener med. Woch.*, XL, 30, 1893.

(*b*) Tizzoni e Cattani, L'immunità contro il tetano studiata negli animali molto recettivi per questa infezione; *Rif. med.*, 1891, vol. III, pag. 385. — Id., Ulteriori ricerche sperimentali sull'immunità contro il tetano; *Ibid.*, 1893, vol. IV, pag. 315 e seg.

Consultisi pure per quanto riguarda la questione dell'essenza della immunità contro il tetano: Tasso, La chemotassi nel tetano e nella immunità contro il tetano; *Policlinico*, n. 12, pag. 26, anno II, 1895.

(*c*) *Trattato di Chirurgia.*

(*d*) Acad. des Sc. de Paris, 27 maggio 1895.

(*e*) Acad. de Méd. de Paris, 17 dicembre 1895.

condizioni tali da far temere il tetano, specialmente nei paesi caldi dove esso è frequente e soprattutto, in questi tempi di guerre coloniali, dove gli indigeni usano avvelenare le freccie. Bazy (*a*) avendo avuto a Bicêtre 4 casi di tetano, uno idiopatico e tre traumatici, si indusse ad inoculare a tutti i feriti 10 cm^3 di siero antitetanico; in un anno non ebbe nessun caso di tetano su 23 inoculati; le iniezioni, indolenti, furono innocue ed efficaci, al dire di Bazy.

Nocard, in Francia, distribuì ai veterinarii del siero antitetanico, raccomandando di iniettarlo agli animali feriti accidentalmente od operati e minacciati di tetano; le iniezioni vennero praticate su 375 animali, e nessuno di essi andò soggetto al tetano, malgrado appartenessero a scuderie nelle quali il tetano aveva fatto vittime poco tempo prima, e benchè molti di essi esistessero in immediata vicinanza con animali tetanici. Inoltre in alcuni il trauma si era prodotto allo stesso tempo e nelle stesse condizioni che in altri, i quali, non sottomessi alla cura preventiva, ammalarono di tetano. Gli stessi veterinarii che praticarono le iniezioni preventive, osservarono, durante tale tempo, ben 55 casi di tetano in animali non iniettati. Chi pensa al numero grande dei morti di tetano ogni anno, soltanto fra gli animali sottoposti alla castrazione, facilmente comprende quale vantaggio ne venga all'economia nazionale, quando sia diffusa tale pratica veramente efficace ed assolutamente innocua.

Nell'uomo le iniezioni dell'antitossina producono tutto al più qualche volta eruzioni orticate od eritematose passeggiere e senza importanza (*b*); Schwartz notò la leucocitosi seguire ad ogni iniezione (*Riforma medica*, 1894, vol. IV, pag. 515); Bauer osservò nucleo-albuminuria in un caso (*Wien. klin. Woch.*, 48, 1894).

Ed ora veniamo a parlare in modo più speciale della cura medicamentosa del tetano. Essa deve essere profilattica, causale e sintomatica.

Profilassi. — Prima condizione nella profilassi del tetano si è la disinfezione degli ambienti, dove stettero dei tetanici, degli oggetti che vennero in contatto coi tetanici, degli strumenti che servirono e devono servire al chirurgo, delle sue mani, nonchè della ferita, che si sospetta possa dar luogo al tetano, perchè sporca di terra, sterco, ragnatele, ecc., o riportata in condizioni da far temere il tetano.

1° Per la disinfenzione dell'ambiente Bombicci (*c*) raccomanda per l'aria atmosferica il cloro allo stato nascente, per le pareti in muratura l'ipoclorito di calce del commercio al 10 %, o meglio:

Ipoclorito di calce	parti	10
Calce caustica	»	25
per 100 di acqua.		

mescolanza che serve ad un tempo per la disinfezione e l'imbiancamento; per le pareti di legno finalmente il catrame liquido di litantrace.

2° Gli oggetti di lingeria, di vestiario, ecc., si brucino o si immergano in sublimato al 2 ‰, o si sottopongano ai vapori d'acqua a 100° per ½ ora almeno, o a 115° per 10'.

(*a*) Soc. de Chir. de Paris, 26 febbraio 1896.

(*b*) Hacker, *Wien. K. K. Gesellsch. d. Aerzte*, giugno 1894.

(*c*) Bombicci, Sulla disinfezione degli ambienti infetti da virus tetanico: *Lo Sperimentale*, 15 marzo 1891.

3° Per la disinfezione degli strumenti che usa il chirurgo serve l'autoclave (*a*).

4° e 5° Per le ferite Tizzoni raccomanda il nitrato d'argento (lavature con soluzione all'1 %), Sormani il jodoformio, e per le mani del chirurgo, secondo Tizzoni, serve bene una miscela di sublimato all'1 ‰, fenol al 5 %, acido cloridrico al 0,5 %, previa una buona insaponatura e pulitura accurata delle unghie. Per medicare la ferita si raccomandano, oltre l'allontanamento di tutti i corpi estranei anche la cauterizzazione, le pennellazioni di tintura di jodio, di tricloruro di jodio all'1-2 %, eventualmente l'amputazione (*b*). Per quanto riguarda l'amputazione, molto usata fin dai tempi di Larrey, caldo suo partigiano, essa venne combattuta da eminenti chirurghi in passato (A. Cooper, Dupuytren, ecc.), ed anche attualmente (Péan, Verneuil, ecc.), malgrado sia stata di nuovo posta in campo recentemente da Berger (*c*), il quale però raccomanda anche l'iniezione preventiva dello siero, secondo i consigli di Roux e Vaillard, non avendo egli fede nell'azione curativa del siero.

Le esperienze sopra riferite di Kitasato dimostrano l'inutilità di questo precetto (amputazione), quando, come capita più spesso, si arriva, dopo mezz'ora dal ricevuto trauma. Per cui tutti sono ora d'accordo nel medicare e sbrigliare ampiamente la ferita, disinfettarla largamente, esportare le parti mortificate, ma ricorrere all'amputazione solo quando si tratta di tessuti che non si possono conservare, o quando l'operazione non è grave e non colpisce parti importanti.

Anche noi siamo d'accordo che il chirurgo operi prudentemente, e faccia subito, al momento in cui medica una ferita sospetta, un'iniezione preventiva di siero, specialmente quando sappia che vi sono casi di tetano nelle vicinanze, od abbia da non molto tempo curato tetanici nella stessa casa, all'ospedale, o fuori.

La distensione ed il taglio dei nervi sono operazioni di nessuna utilità, per lo più dannose; erano state suggerite dalla teoria riflessa del tetano, quando cioè si credeva che il tetano traumatico fosse conseguenza dell'irritazione sensitiva periferica, che in tal modo veniva abolita.

La medicazione della ferita è la prima parte della cura causale della malattia.

Cura causale e sintomatica. — Ma, a tetano sviluppato, la cura causale consiste nell'eliminare il veleno che circola nel sangue, o neutralizzarlo cogli antidoti chimici o fisiologici. Per ragioni ovvie ad intendersi questa cura si confonde spesso con la cura sintomatica, come tosto si vedrà.

Fra i rimedi che servono all'eliminazione del veleno abbiamo le bevande tepide abbondanti, brodi, caffè, the allungato con latte, o meglio, latte puro tepido, limonate citriche, acqua di seltz, infuso di tiglio, ecc. Non sono consigliabili la pilocarpina ed il jaborandi.

Il bagno caldo, molto gradito ai pazienti, è usato fin dai tempi di A. Pareo, non solamente nelle forme reumatiche, ma anche nelle traumatiche; esso adempie al doppio scopo di diminuire lo stato di grande eccitabilità del

(*a*) Pel trattamento del tetano, specialmente sotto il rapporto chirurgico, V. 2° Congresso di Chirurgia francese, ottobre 1886, ed il *Trattato di Chirurgia* di Duplay e Reclus, sopracitato, vol. I.

(*b*) Sahli, Ueber die Therapie des Tetanus und über den Werth und die Grenzen der Serumtherapie, Basel u. Leipzig 1895, C. Sallmann Verl.

(*c*) V. Sedute Soc. medico-chirurgica di Bologna, 13 maggio 1892 — Acad. de Méd. de Paris, 29 novembre 1892, 6-17 dicembre 1892, 23-30 maggio 1893.

paziente, e quindi i dolori, provocare il sonno, e stimolare la cute a funzionare, ed eliminare i tossici (*a*). Venne usato anche il bagno caldo continuo fino a tenere gli ammalati per 14 giorni di seguito nel bagno, ma se con ciò si lenirono le sofferenze dei pazienti non se ne diminuì la mortalità: 7 su 8 casi di Zechmeister così trattati morirono egualmente. Meno utile si riscontrò il bagno a vapore, mentre invece l'efficacia del bagno freddo e delle affusioni fredde fu riconosciuta fin dai tempi di Wright, Currie, Brodie, ed ancora attualmente si ricorre a tale pratica in ispecial modo nelle forme iperpiretiche, dove è assolutamente indicato questo metodo terapeutico (*b*). L'applicazione di borse piene d'acqua calda (50°-55° c.) alla colonna vertebrale fu pure tentata con qualche successo; migliori risultati diede quella del ghiaccio (Albertoni); potrebbero pure servire allo scopo le polverizzazioni di etere; da sconsigliarsi sono le cauterizzazioni della colonna vertebrale. Anche le applicazioni elettriche non riuscirono efficaci nella cura del tetano.

Fra le pratiche migliori nella terapia del tetano e che è utile, anzi necessario, mettere in opera, appena si ha in cura un ammalato affetto da tetano, si è quella del riposo assoluto, caldeggiata in Italia dal De-Renzi, cioè sottrarre gli ammalati a tutti gli eccitamenti esterni, scosse, rumori, bruschi passaggi dall'oscurità alla luce o viceversa. Occorre perciò isolare l'ammalato in una camera appartata da ogni rumore esterno, in cui domini una lieve semioscurità, vi siano tappeti al suolo che smorzino i passi di chi è obbligato ad avvicinarlo per la cura; gli si turino gli orecchi con cotone, non si discorra nella camera del paziente che a bassa voce e di quelle cose che assolutamente non si possono evitare, anzi non si entri nella camera che ogni 3-4 ore pei servizii più strettamente necessari, sorvegliando l'ammalato da un finestrino munito di vetro. Qualunque manovra che sia inevitabile fare sull'ammalato od intorno a lui non si deve praticare senza avernelo prima debitamente avvertito.

A ciò si aggiungano i rimedi calmanti, che sono i veri antidoti fisiologici del veleno tetanico. La lista loro è grandissima (*c*); tutti i nervini vennero provati, soli o variamente associati, ed ebbero il loro momento di voga: cloralio, paraldeide, sulfonal, uretano 2-3 gr. al giorno (*d*), bromuri, morfina, atropina (*e*) e belladonna, giusquiamo, conium e coniina (*f*), cloroformio, nitrito d'amile, haschisch, aconitina, lobelia, nicotina e tabacco, veratrina e gelsemina, fava del Calabar e fisostigmina, curaro e curarina (*g*), acido cianidrico, ecc. Anche la stricnina venne usata contro il tetano forse nell'idea di curare *similia similibus*, come pure il joduro di potassio, il carbonato di ferro, l'arsenico, ecc.

(*a*) A questo scopo furono pure usate, ma senza successo, le iniezioni endovenose di cloruro di sodio (Papiewski, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 37, I, 1894.

(*b*) A. Rivière, *Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*, n. 36, 1892.

(*c*) V. Albertoni, Die Therapie des Tetanus; *Therap. Monatsh.*, settembre 1892, pag. 437.

(*d*) Maresti, *Raccoglitore medico*, settembre 1890.

(*e*) Lupi, *Bollettino della Soc. med. prov. di Bergamo*, nn. 4-5, 1894.

(*f*) Meldon, Arnstein raccomandano la miscela di giusquiamo, belladonna e coniina; *Therap. Monatshefte*, 1888, ottobre, pag. 487. — Demme usa il bromidrato di coniina, d'azione curarica, in soluzione 0,05 % con 1 gr. di zuccaro (un cucchiaino ogni $^1/_4$ ora = 0,005 del preparato); per iniezione sottocutanea 0,0025 per siringa (soluzione 0,1 su 10). Generalmente gli effetti si hanno dopo 2 cucchiaini o dopo due siringhe, e allora occorre desistere dal rimedio, e darlo solo in seguito quando ritornino gli attacchi. Come il curaro, la coniina produce facilmente paralisi respiratoria per poco si ecceda, onde la grande cautela necessaria nell'uso (*Therap. Monatsh.*, 1887, H. I, pag. 28).

(*g*) Hahe usò la curarina (Böhm) a dose di 0,25-0,70 milligr. per iniezioni sottocutanee, nella cura del tetano. L'azione si manifestava 10-20' dopo l'iniezione.

Di tutti questi rimedii è da preferirsi il cloralio, o meglio la paraldeide (*a*), con o senza morfina, sia per bocca come per clistere (*b*); la paraldeide ha il vantaggio di produrre meno facilmente sintomi di avvelenamento del cloralio, anche a dosi alte. Poichè talvolta conviene spingere la dose del cloralio a 5-8-10 ed anche 20 grammi al giorno (3-5 gr. per dose, due o quattro volte al giorno); quella della paraldeide a 5-10 gr. e più (3 gr. per dose); ai neonati la dose del cloralio o paraldeide è di 0,5 (4 volte al giorno), ma spesso è essa ancora inefficace. La morfina si dà per bocca, per clistere, o meglio per iniezione ipodermica alla dose di 1-2 cgr. per volta, se, come è preferibile, associata al cloralio o alla paraldeide, di 4-6-8 cgr. e più nelle 24 ore se sola, a seconda dei casi. I bromuri, a dosi di 6-8-12-18 gr. al giorno, servono specialmente nelle forme lente e poco gravi. Noi sconsigliamo il curaro e la curarina, nonchè la coniina, rimedi pericolosi, la fisostigmina, l'atropina, la gelsemina, ecc., perchè facilmente dànno sintomi d'avvelenamento, e la loro efficacia non è stata abbastanza provata, e naturalmente, per ragioni ovvie, bandiamo la stricnina dalla cura del tetano. Di tutti questi rimedii Albertoni preferisce il cloralio.

Quando gli accessi sono violenti e minacciano la vita per tetano dei muscoli respiratorii, sono utili le inalazioni di etere o cloroformio, preferibili di molto a quelle di nitrito d'amile, oltre che per la dubbia sua efficacia, anche per la sua azione paralizzante sul sistema vaso-motorio. Al qual proposito conviene osservare che nei casi di tetano è sempre necessario, quando minaccia la morte per asfissia, ricorrere alla respirazione artificiale, prolungata anche per mezz'ora e più; grandissimo è il numero dei casi salvati, e non da un solo accesso, in questo modo, quando la fortuna ha voluto che il medico fosse presente. La tracheotomia fatta in tali contingenze non riuscì mai efficace.

Fra gli antidoti chimici del tetano Sahli mette l'acido fenico, il lisol, l'antipirina (*c*) ed il cresol, a cui noi aggiungiamo il salicilato di soda, raccomandato da Strümpell (*d*), la salipirina, l'acetanilide (Pirroni), il bicloruro di mercurio (*e*) per iniezioni ipodermiche, ecc.

Di tutti questi rimedii è da preferire l'acido fenico per iniezioni ipodermiche proposto da Baccelli, e che da solo, o con altri rimedi, ha dato un buon contingente di guarigioni (*f*); esso viene propinato per via ipodermica in soluzione

(*a*) Cervello, La paraldeide come antagonista della stricnina; *Arch. per le Scienze mediche*, vol. II, fasc. I, 1883. Le osservazioni di Cervello furono confermate da Hénocque, Coudray, Bokai, Desnos, Dujardin-Beaumetz, ecc. — Id., Ricerche cliniche e fisiologiche sulla paraldeide. — Ottavi, *Gazz. degli Osp.*, pag. 518, 1884. — Della Favera, La paraldeide nella cura del tetano, Bellano 1889. — Ignatieff e Tchervinski, La paraldeide nel tetano; *Les nouv. rem.*, 1890. — Chirone e Frattini, La paraldeide nel tetano sperimentale; *Terapia med.*, n. 7, 1891. — S. Tommasini, Un caso di tetano reumatico curato con la paraldeide; *Rif. med.*, 1892, vol. I, pag. 854.

(*b*) Sconsigliamo l'uso del cloralio per iniezione endovenosa proposto da Mayet, pel pericolo della trombosi.

(*c*) Garyland, *Brit. med. Journ.*, 6 luglio 1889. — Wright et Paris, *Union méd.*, 1890, p. 88. — Cavina e Venturoli, *Riforma medica*, 1892, vol. III, pag. 195.

(*d*) Butlin raccomanda la salicina col bromuro di potassio, di caduno gr. 1 e 2 ogni due ore (*Brit. med. Journ.*, 1888, pag. 74).

(*e*) F. Celli, *Rif. med.*, 1891, vol. III, pag. 706.

(*f*) V. Baccelli, Sull'azione delle iniezioni di acido fenico nelle neuralgie, nel tetano, nella tisi (*Lav. del 1° Congresso di Medicina interna*, Roma 1888, pp. 342-344. — Ascoli, Della cura del tetano col metodo Baccelli; *Policlinico*, annesso del n. 22, anno II, 1895, pag. 585; — Babès, Recherches sur le tétanos; *Ann. de l'Inst. de Path. et de Bact. di Bukarest*, vol. V, pp. 343-376: ivi si conferma sperimentalmente l'efficacia dell'acido fenico nella cura del tetano; — *Therap. Monatsh.*, 1889, H. II. p. 77; — A. Bidder, *Deutsche med. Woch.*, n. 11, 1890; — Bertini, *Rif. med.*, 1891, vol. I, pag. 40; — Pennino, *Ibid.*, vol. III, pag. 650; — Gancel e Frache, *Ibid.*, vol. IV, pag. 144; — Strazzeri e Tittone, *Ibid.*, pag. 376; — Caliari, *Ibid.*, 1892, pag. 318; — Sbrana, *Ibid.*, 1893, vol. I, pag. 27, e 1896, vol. I, pag. 734. — Giannettasio, *Gazz. degli Ospedali*, 27 giugno 1896, ecc.

acquosa al 2 %, una siringa ogni 4-6-12 ore, a seconda della gravità del caso, e degli effetti del rimedio. Le convulsioni per lo più cedono fin dalle prime iniezioni, ed il tetano prende generalmente un decorso benigno verso la guarigione.

A questa categoria degli antidoti chimici Sahli annette il siero come quello che non neutralizza, nè distrugge direttamente il veleno, ma rende le cellule del corpo insensibili alla tossina (Tizzoni), o le eccita, le stimola a resistervi, e distruggerla; quelle tossine quindi che non sono ancora penetrate nel circolo (dal focolaio d'infezione eventualmente non distrutto), o che penetrano dove già si trova il siero antitossico verrebbero rese innocue. È sempre utile quindi, quando si ha a disposizione del siero antitossico, iniettarne anche nei casi gravi di tetano avanzato, come già dicemmo.

Viene infine un altro non meno importante còmpito del medico, e sul quale la maggior parte degli osservatori insiste a ragione, quello di sostenere le forze dell'ammalato. Il tetanico consuma enormemente, e le perdite di azoto sono ancora maggiori, se lo si sottopone all'uso del siero antitossico. Occorre quindi riparare alle perdite con una buona nutrizione, ricorrendo alla sonda o ai clisteri nutritivi (uova nel brodo o latte, peptone, somatose, carne triturata con pancreas, ecc.), meglio a tutti e due questi mezzi insieme, quando, come pur troppo avviene nella maggior parte dei casi, il paziente non possa nutrirsi da sè.

È pure utile sorvegliare l'evacuazione del ventre, data la ostinata stitichezza che accompagna il tetano.

Concludendo, vediamo come la cura del tetano consista, come ben dice Sahli, " nella combinazione della terapia locale colla causale e sintomatica „. E godiamo di notare come anche su questo campo primeggi la scuola italiana, coi nomi di De Renzi col suo metodo di isolamento dell'ammalato, di Baccelli colle iniezioni di acido fenico veramente efficaci, di Tizzoni colla sieroterapia, a cui si deve aggiungere il Cervello colla paraldeide, rimedio preferibile al cloralio come quello che meno facilmente dà luogo a sintomi di avvelenamento.

Disinfettare la ferita, fare iniezioni preventive e curative di siero antitossico, procurare la tranquillità e il riposo all'ammalato col sottrarlo ad ogni eccitazione esterna, intervenire coll'acido fenico e colla paraldeide, nutrire il paziente colla sonda o coi clisteri, ecco la via tracciata al medico nella cura del tetano.

EMICRANIA

pel Dottor Prof. BERNARDINO SILVA

La storia dell'emicrania data da Areteo di Cappadocia, che la designò col nome di *eterocrania*, e da Galeno. Celio Aureliano riprodusse e completò la descrizione di Areteo, mentre Alessandro di Thralles si limitò a copiare Galeno, come fecero gli Arabi. Fernel fu quegli che, all'epoca del rinascimento, seppe dare un concetto chiaro di quello che intendeva per emicrania: egli divideva il dolore di testa, da lui ritenuto come un sintoma, non come una malattia, in cefalalgia, cefalea ed emicrania, e di queste forme studiò la sede e la patogenesi; le sue idee ebbero un' influenza grandissima sui suoi successori, fra i quali va segnalato Lepois (secolo XVII), che della malattia si occupò con singolare amore avendola egli stesso sofferta a più riprese. Dopo di lui la letteratura sull' emicrania diviene sempre più ricca, senza però che le questioni riguardanti la sua patogenesi, nonchè la distinzione dalle forme affini, facessero eguali progressi. Bisogna venire fino a Tissot per trovare un lavoro serio, chiaro, logico e documentato sulla malattia in questione: sono queste le qualità che lo resero classico, queste le ragioni per cui gli oratori incominciano da lui la storia dell'emicrania. Tissot avea sofferto egli stesso la malattia, che egli fa derivare dallo stomaco. " Il suo lavoro, al dire di Thomas (*a*), ha le qualità di un'eccellente rivista sintetica, la chiarezza e l'eleganza; ma non è un'opera originale „. Tuttavia l' influenza di Tissot non fu perciò meno grande; le sue idee dominarono nella prima metà del secolo nostro. Nel quale troviamo legati alla storia dell'emicrania i nomi di Schönlein, che chiamò tale malattia, " Hysteria cephalica „, di Romberg che le diede l'appellativo di " Neuralgia cerebralis „, localizzandola nel cervello. Poi vengono F. Niemeyer, che si rivolta contro la denominazione impropria di neuralgia; di Dubois-Reymond, che riteneva l'accesso emicranico come dovuto a tetano unilaterale dei vasi sanguigni, e precisamente nel distretto del simpatico del collo. All' *emicrania simpatico-tonica* di Dubois-Reymond, Möllendorf oppose la sua *emicrania neuro-paralitica;* ed Eulenburg concluse per ammettere che l'emicrania potesse essere dovuta ora a spasmo, ora a paralisi del simpatico cervicale.

La teoria vasomotoria, come quelle che la precedettero, venne confutata da Liveing, che diede dell'emicrania il quadro migliore e più completo, mettendola accanto all'epilessia, e proponendo la teoria della *tempesta nervosa* (nerve-storm). Vengono in seguito gli studii sull'emicrania oftalmica di Charcot, Galezowski, Féré; nè devonsi dimenticare i nomi di Oppenheim, Gowers, Mingazzini, nonchè le pregevoli monografie di Thomas e di Möbius (*b*); questa, abbenchè ultima

(*a*) L. Thomas, La migraine, Parigi 1887.
(*b*) P. J. Möbius, Die Migräne, dalla *Spec. Path. u. Therapie* di Nothnagel, Vienna 1894.

per data di comparsa, non è certo fra le meno importanti e pregevoli specialmente per la parte critica e dottrinale, mentre l'opera di Thomas è interessante in particolar modo per lo sviluppo dato alla parte storica.

Definizione. — " L'emicrania è un'affezione caratterizzata da un disturbo nervoso che interviene a periodi, ad accessi, ed il cui fenomeno principale è la cefalea „. Noi preferiamo questa definizione di Gowers a quella di Möbius (*a*), perchè più breve e più comprensiva, ed anche perchè non fa cenno della predisposizione ereditaria, nè dell'alterazione che è causa degli accessi; quella, per quanto esista nella grandissima maggioranza dei casi, pure in qualcheduno manca o sfugge, questa è finora ignota, per cui si è ridotti ad ipotesi, che hanno bisogno ancora di conferma. Il nome d'emicrania è stato dato perchè la cefalea è il più spesso unilaterale; questo sintoma del dolore non manca quasi mai, ed è spesso accompagnato da nausee e vomiti, talora da disturbi dei sensi, che passano sotto il nome di aura.

Eziologia. — Fra le cause predisponenti più comuni dell'emicrania si trova l'eredità, la quale, forse più spesso qui che in qualunque altra malattia, eccetto la miotonia congenita (Möbius), è diretta, poichè spesso i parenti già soffersero d'emicrania; su 127 casi infatti, Möbius ne dà 61 in cui la madre avea già avuto la malattia, e 17 in cui questa si era verificata nel padre; di altri 9 aveano sofferto emicrania qualcuno dei fratelli o delle sorelle. Symonds, Liveing, Soula, Sarda, Thomas, Gowers, Bouchard, ecc., dànno esempii di questa ereditarietà diretta dell'emicrania; Sarda la descrisse in quattro generazioni.

Aggiungasi a questo che spesso nella famiglia di chi soffre di emicrania vi hanno dei neurastenici, degli isterici, degli epilettici, ed anche dei dementi, dei basedowiani, ecc. Con ciò non si deve negare che vi sieno dei casi nei quali manca qualunque accenno di ereditarietà.

Per quanto riguarda la affinità fra l'emicrania e la gotta, che, secondo Trousseau, *sono sorelle*, tra l'emicrania ed il reumatismo articolare e muscolare, sostenuta dagli autori francesi con maggiori ragionamenti che esempi, essa è negata, forse in modo troppo assoluto, da Möbius, poichè sta il fatto, almeno per la gotta, che questa viene, se non sempre, spesso preceduta per lunghi anni da accessi di emicrania. E quanto al reumatismo bisogna far eccezione per la forma cronica, pel reumatismo nodoso, poichè Charcot trovò che di 30 donne affette da questa malattia 12 avevano sofferto l'emicrania. Anche fra l'emicrania e l'asma pare non vi sia quell'affinità che in tempo passato si sosteneva da parecchi autori, in base a semplici vedute teoriche.

(*a*) Ecco la definizione che dà Möbius dell'emicrania: " La malattia emicranica è generalmente una forma della degenerazione ereditaria. Essa deriva in un grande numero di casi da ereditarietà diretta ed è un'alterazione morbosa del cervello (alterazione emicranica), per la quale l'ammalato viene preso, a quando a quando, ora senza, ora in seguito ad una causa occasionale, da accessi d'emicrania.

" La forma degli accessi d'emicrania non è sempre la stessa. Comune a tutti è solo il fatto che essi consistono del tutto o prevalentemente in parestesie unilaterali per processi cerebrali. Un accesso completo è rappresentato da fenomeni precursori, dall'aura, dalla cefalea e dai vomiti. Più frequenti sono gli accessi incompleti, nei quali l'elemento principale dell'attacco è costituito o solo dalla cefalea, oppure dalla cefalea con vomiti o nausea, ovvero si ha appena l'aura, ecc. Gli accessi possono intervenire uno dopo l'altro, senza interruzione: *status hemicranicus*.

" Oltrechè sintoma della malattia emicranica, della quale sono l'unico segno, gli accessi d'emicrania possono osservarsi come sintomatici di varie affezioni cerebrali accanto agli altri segni di queste „.

Per quanto riguarda il sesso quasi tutti gli autori constatano la maggior frequenza dell'emicrania nel sesso femminile; il rapporto dei maschi alle femmine sarebbe di 1 : 1,5, secondo Möbius; altri autori dànno ancora delle cifre superiori.

L'emicrania si sviluppa per lo più nell'infanzia e fanciullezza; spesso anzi l'ammalato non sa ben precisare l'età in cui lo incolse il primo attacco. La seconda dentizione, la pubertà (nella donna il comparire dei menstrui), il periodo in cui la persona entra nel mondo e comincia ad agire di propria testa e sentire il peso della responsabilità delle proprie azioni, sono precisamente le epoche della vita in cui più facilmente l'individuo è colpito dalla emicrania (Liveing, Calmeil, Thomas, ecc.); Bystrow la trova più frequente durante il periodo in cui la persona frequenta le scuole, che non più presto o più tardi. Warner, su 33 casi d'emicrania, ne trova 15 fra i 13 e 15 anni, nel sesso femminile, e su 25, di sesso maschile, 8 fra 6 e 7 anni, 4 fra 11 e 12 anni. È un fatto raro il vedere svilupparsi l'emicrania per la prima volta in età matura dopo i 50 anni; il caso più vecchio è dato da una donna di 62 anni (Möbius). Lo stato sociale dell'ammalato non ha importanza: soffrono di emicrania i poveri come i ricchi, quelli che sono dediti ad occupazioni manuali, come chi si dà solo a lavori intellettuali, e Möbius a ragione ritiene falsa l'opinione di chi crede che l'emicrania sia propria delle classi alte; solo si può sostenere che gli accessi sono più frequenti in chi è applicato ai lavori intellettuali, perchè in questi la vita sedentaria più facilmente dà origine a quelle condizioni che producono l'accesso emicranico. Forse l'opinione che l'emicrania sia una malattia di chi lavora di testa deriva dal fatto dell'essere numerosi i medici e altri scienziati, che studiarono su se stessi l'emicrania, o ne diedero notizie più precise.

Oltre alle cause accennate dobbiamo ricordare pure le infezioni ed i traumi. Il tifo, la scarlattina, la malaria, sono le malattie che più di frequente troviamo fra i precedenti dell'ammalato. Difficile però è lo stabilire un nesso intimo fra queste e la emicrania, fra l'emicrania ed un trauma, il quale sia avvenuto qualche volta anche lungo tempo prima che si sia verificato il primo accesso emicranico.

Quell'alterazione nervosa che caratterizza l'emicrania " l'alterazione emicranica di Möbius ", viene per lo più ereditata, ma potrebbe anche essere acquisita, o per l'azione continua delle tossine delle malattie infettive, o per causa traumatica, ecc., a meno che non si voglia credere che queste ultime cause agiscano su un cervello già predisposto, ma del quale si ignorino gli antecedenti per ragioni facili a capirsi.

Ad ogni modo da quel poco che si disse appare chiaro quanto sia ancora oscura l'eziologia dell'emicrania.

Sintomatologia. — Il sintoma principale dell'emicrania è la cefalea parossistica, preceduta spesso da altri fenomeni sensitivi, che possono ora comparire, ora mancare anche nello stesso ammalato, e seguita da nausee e vomiti che per lo più finiscono l'accesso. Negli intervalli l'ammalato è completamente libero da ogni disturbo.

Noi descriveremo i fenomeni dell'accesso completo tenendo possibilmente l'ordine di loro comparsa, riservandoci alla fine di discorrere delle diverse varietà di accessi.

L'attacco di emicrania si sviluppa per lo più durante la notte, ed il paziente al mattino si sveglia già in preda alla cefalea; talora però questi può fin dal

giorno prima prevedere l'insorgenza prossima dell'accesso. Egli è più stanco del solito, di cattivo umore, più irascibile; altri invece si sentono meglio, mangiano con più appetito, od hanno dei brividi, accusano senso di peso allo stomaco, dolori alla persona, un'angoscia che non sanno spiegare, starnuti frequenti. Nella notte il sonno talora è più profondo del solito, o all'incontro disturbato da sogni di varia natura.

L'accesso può anche insorgere lungo il giorno, e i fenomeni precursori compaiono solo qualche ora prima; la faccia acquista un'aria insolita, il paziente sente in bocca un gusto particolare, insipido, talora di ostriche, di pesce fritto, ecc. Spesso manca ogni prodromo, manca anche l'*aura*.

Col quale nome si intendono delle parestesie di vario ordine che di rado colpiscono l'udito o gli altri sensi specifici, per lo più invece si limitano alla vista ed al senso tattile.

L'aura visiva è il sintoma più noto, più comune, e che più ha preoccupato gli autori, come appare dalla ricca letteratura in proposito. Il disturbo visivo è quasi sempre unilaterale, o comincia in una metà del campo visivo: il paziente ha la sensazione di una nebbia, di uno scotoma, di macchie o di figure splendenti o colorate che occupano tutta una metà del C V o soltanto una porzione di esso; questi fenomeni si iniziano alla parte esterna del C V e si spingono alla linea mediana, talora la oltrepassano fino ad occupare tutto il C V. Più di rado lo scotoma comincia dalle vicinanze del punto di fissazione, e più raramente ancora dalla parte superiore od inferiore del C V.

Il segno più frequente e più noto è lo scotoma scintillante (*Teichopsia* di Airy, *Irisalgia* di Piorry, *Blindheadache* degli Inglesi), sotto il qual nome si comprendono tutti gli scotomi accompagnati da radiazioni luminose o colorate. Lo scotoma può essere nero, grigio-bruno, come una nube, una nebbia, un velo più o meno fitto, e precede per lo più, talora segue i fenomeni luminosi, i quali, provenendo da destra e da sinistra, rappresentano una pioggia di scintille o figure simili a ruote infuocate, o più spesso linee luminose a zig-zag, come oro splendente, foggiate a guisa di fortificazioni (Airy); le scintille a poco a poco si estendono alla linea mediana, che di rado oltrepassano. I pazienti descrivono in modo vario questo fenomeno come lampi fugaci, strie di fuoco danzanti, o palle di fuoco splendenti, e riesce spesso difficile sapere se si tratta di veri scotomi scintillanti o solo di fenomeni luminosi. Gli ammalati talora hanno l'impressione di aver guardato il sole, o descrivono una sfera luminosa che toglie la vista, la quale, dopo aver raggiunto una certa grandezza, si rompe lasciando un anello luminoso e poi un arco che va perdendosi verso la periferia del C V. Altri hanno solo dei lampi, vedono solo delle palle luminose, o delle linee colorate, che non impediscono la vista. Spesso i pazienti hanno la sensazione di un certo numero di punti luminosi oscillanti, che occupano una metà o tutto il C V; ed inversamente vi sono di quelli che sono assaliti soltanto dallo scotoma, non accompagnato da nessun fenomeno luminoso.

Come si vede lo scotoma può essere multiplo, centrale, totale, o di una metà solo del campo visivo: emiscotoma (Möbius). In questo l'ammalato d'improvviso si accorge di vedere le cose dimezzate, mancanti della metà destra o sinistra, inferiore o superiore; nel leggere o nello scrivere gli manca il principio o la fine delle parole. Un ammalato di Möbius vedeva tutti gli uomini senza testa. Qualche volta lo scotoma è centrale, obbligando il paziente a piegare o girare il capo per vedere, o concentrico e progressivo dalla periferia, o più di rado totale (Galezowski).

In una parola l'aura visiva si presenta in modi talmente svariati, che riesce difficile di registrarli tutti; aggiungasi ancora che nello stesso ammalato le forme di scotoma, che si presentano nei varii accessi, non sono sempre le stesse.

Lo scotoma dell'emicrania non è sinonimo di ambliopia, o amaurosi, nè di emiopia; è una illusione visiva, non una cecità, nel vero senso della parola.

L'aura visiva è secondo alcuni unilaterale (Galezowski), per altri bilaterale (Liveing, Gowers, Möbius); la sua durata è di 1'-2' fino a 10'-20', e talora, di rado, anche di $^1/_2$-1 ora; raramente il disturbo visivo dura di più. Il fondo dell'occhio, durante l'aura visiva, è normale (Parinaud).

Altre forme di aura sono rare; fra queste vanno accennate le parestesie unilaterali, simili a quelle dell'attacco di epilessia jacksoniana. In questi casi il paziente accusa un senso di formicolìo, di puntura, o di intorpidimento alle dita, che poi si estende alla mano ed al braccio, e può colpire anche una metà del viso: guancia, labbra, lingua, ecc.; ma qui le parestesie sono spesso bilaterali. Più di rado l'aura sensitiva comincia al piede e si estende poi al braccio ed alla faccia. Le parestesie si accompagnano spesso ad ipoestesia, ed anche a senso di debolezza delle parti colpite, senza spasmi, nè paralisi.

Per lo più le parestesie seguono l'aura visiva e colpiscono la stessa parte che questa; però si può avere il fenomeno bilaterale, o crociato, oppure l'aura sensitiva è sola. — Ad essa si accompagna talora difficoltà nella parola, specialmente quando la parestesia raggiunse la lingua, ed è localizzata a destra, o bilaterale; vi può essere pure vera afasia transitoria.

Questa afasia è piuttosto frequente (15 volte su 60, Liveing), e può essere più o meno completa, accompagnata da agrafia, cecità e sordità verbale (*a*).

Una certa confusione nelle idee, di breve durata, od anche uno stato di ambascia possono accompagnare l'aura emicranica. Invece la vertigine è rara; Möbius non la osservò mai. Rarissimi sono i disturbi dell'udito, del gusto, dell'odorato: tintinnìo alle orecchie, ronzìi, fischii, gusto spiacevole in bocca, odori ingrati, ecc. In generale tutte queste varie forme di aura sensoria, come già dicemmo, si osservano alla fine dell'aura visiva, ed hanno la durata varia che ha questa.

Accesso. — L'aura che compare dopo i prodromi termina col principiare del vero accesso, quello che ha dato il nome alla malattia. La cefalea è unilaterale, e per lo più dalla parte opposta a quella dell'aura, o, se bilaterale, almeno predominante da una parte, e si estende dalla fronte all'occipite, più di rado alla nuca ed in avanti al mascellare superiore, quando è violenta. Il dolore comincia all'occhio o verso la tempia, o più di rado alla fronte, sempre in un punto così piccolo da essere coperto dalla punta del dito: è come un senso di tensione, che va crescendo sempre più, mentre si irradia da un punto massimo alla metà corrispondente della testa e talvolta al lato opposto; poi si fa più intenso, compressivo, lancinante, terebrante, fino a non saper più dove sia più vivo. Il dolore è caratterizzato variamente dai varii ammalati: è un dolore profondo, localizzato nell'interno del capo, che differisce dalle neuralgie comuni; un cerchio di fuoco che stringe la fronte del paziente, una calotta di piombo che gli schiaccia la testa; la pelle del capo sembra staccarsi violentemente dalle ossa, come tirata da fili innumerevoli, oppure al paziente pare che un chiodo sia conficcato nel cervello, che il cranio gli si spezzi, ecc. Anche le

---

(*a*) V. Pick, *Berl. klin. Woch.*, n. 47, 1894.

inserzioni muscolari all'occipite e all'apofisi mastoide sono dolorose, dolorosa la pressione delle carotidi. L'estensione del dolore è per lo più, ma non sempre, in relazione colla intensità; ma il tipo dell'emicrania non è influenzato dall'intensità del dolore, potendosi cioè avere una cefalea forte limitata ad una metà del capo, ed un accesso leggiero, ma con dolore esteso a tutto il capo. Il dolore poi può essere sopportabile, da permettere al paziente di attendere alle sue occupazioni, o talmente violento da spingerlo al suicidio: alcuni hanno accessi leggieri; altri accessi gravi, ma rari, in altri gli accessi leggieri seguono ai gravi; più spesso nessuna regola fissa regge il succedersi degli attacchi.

Molte circostanze hanno influenza sul dolore: alcuni trovano un sollievo nel riposo assoluto, altri nell'attività dello spirito; conosco di quelli nei quali cessa col far lezione, o col mangiare, o col bere una tazza di caffè, un bicchierino di cognac, per quanto in generale gli alcoolici sieno piuttosto nocivi, ed impossibili le occupazioni mentali nella maggior parte dei casi, inoltre ripugni, provochi nausea l'introduzione dei cibi. Ogni movimento esacerba il dolore, il camminare come il salir le scale, l'abbassare il capo, le scosse della vettura, il movimento brusco del capo o degli occhi, talora anche la tosse e gli sternuti, ecc. Eppure io conosco degli ammalati che non possono stare senza passeggiare all'aria aperta, nella solitudine della campagna, durante l'accesso doloroso. Anche i forti eccitamenti dei sensi esacerbano i dolori: un rumore forte, la luce viva, gli odori acuti, ecc. Per cui, nella grandissima maggioranza dei casi, l'ammalato non trova requie che dopo parecchie ore di riposo assoluto a letto, in luogo oscuro, appartato, lontano da ogni rumore, non disturbato da nessuna cura esterna; tutt'al più cerca un po' di sollievo coi bagni freddi o caldi (De Giovanni) al capo.

L'accesso d'emicrania è accompagnato, più che da un'iperestesia, da un'iperalgesia di tutti i sensi specifici. Vi ha fotofobia (Galezowski) spesso con lagrimazione e dolore vivo al bulbo, indipendentemente dall'azione della luce; la vista in alcuni è torbida durante tutto l'accesso. Ogni rumore, come già si disse, riesce doloroso ed insopportabile, gli odori un po' acuti destano nausee; fanno eccezione l'odore dell'acqua di Colonia e quello del mentolo che ad alcuni recano sollievo. Non è impossibile vi sia pure iperalgesia pel gusto, per quanto sia difficile giudicare di ciò in presenza della ripugnanza ai cibi propria della malattia.

I punti d'uscita del trigemino, durante l'accesso, possono (Möbius) essere dolorosi, o no (Eulenburg); qualche volta è doloroso pure il punto d'uscita dell'occipitale, quando la cefalea si irradia a questa regione. In generale però non esiste punto doloroso alla pressione, ad eccezione del punto parietale e di quelli della regione del ganglio cervicale superiore e medio, punti che qualche volta vennero trovati dolorosi (Brunner). La cute per sè non è iperestetica, e così neanche i capelli; chè anzi talora recano sollievo il pettine e la spazzola sul capo, o la percussione su di esso colla mano o con l'apparecchio di Zander, come lo sfregamento della cute; altre volte vi ha sensibilità eccessiva della pelle del capo ad ogni impressione tattile. Alcuni autori, tedeschi e svedesi, dànno importanza a certi nodi duri e dolenti che si riscontrerebbero nel pericranio, e che sarebbero d'origine reumatica; Möbius ne nega fin l'esistenza.

Così pure, secondo Möbius e gli autori inglesi, non hanno importanza i fenomeni vaso-motori che accompagnano l'accesso emicranico, ai quali si devono le denominazioni d'emicrania simpatico-tonica, e neuro-paralitica, a seconda che vi ha anemia o congestione della faccia, pallore o rossore del viso

(Dubois-Reymond, Möllendorf, Eulenburg, Berger, Brunner, Rosenthal, ecc.). Nella prima forma Eulenburg dice di aver trovato un abbassamento termico locale di 0°,4-0°,6 C.; analogo allo stato del viso sarebbe quello del bulbo, della pupilla, del fondo dell'occhio. — Ma queste descrizioni sono troppo conformi ai dati della fisiologia sperimentale, e poco o nulla all'osservazione clinica spregiudicata, perchè sia lecito fondare su di esse una teoria, tanto più che i fenomeni vaso-motori sono talora alla faccia ed all'orecchio l'inverso di quello che all'occhio: qui rossore congiuntivale, fotofobia, lagrimazione, che contrastano col pallore delle altre parti, faccia ed orecchio. Oltre a questa obbiezione alla teoria vaso-motoria si può muovere l'altra che risulta dalla statistica, la quale dà su 92 casi d'emicrania solo in 37 dei fenomeni vaso-motori (Thomas): di questi 37 casi 9 avevano presentato rossore del viso, 8 pallore, 3 alternative di rossore e pallore e 17 nessun cambiamento di colore della faccia, ma solo iniezione congiuntivale, o battito delle temporali, od efidrosi unilaterale, o calore al viso, ecc. Su 107 casi di Henschen tre avevano dichiarato formalmente che la faccia non cambiava colore durante l'accesso, in altri 37 si era notato il pallore, in 30 il rossore, ed in 28 cambiamenti alternativi di colorazione; in generale tutti cominciavano con pallore. — È questo un fatto che si nota del resto spesso: pallore iniziale, specialmente nei casi gravi, a cui segue rossore sul finire dell'accesso (Dubois-Reymond, De Giovanni). Per Möbius l'arrossamento del viso è più frequente. Ma lo stato del viso non è quasi mai in rapporto con quello dell'occhio, quando tutto si volesse mettere in nesso con un'irritazione od una paralisi del simpatico: ad es. non coincide sempre coll'arrossamento la costrizione pupillare unilaterale; ciò che basta per infirmare la teoria simpatica dell'emicrania. I disturbi vascolari sono un sintoma, non necessario, di essa, e per lo più non sono nemmeno, come essa, sempre unilaterali, ed eguali ad ogni accesso.

Il polso radiale è piccolo, e talora rallentato; da 71-75 scende a 56-48 (Möllendorf, Gowers). Qualche volta, durante l'accesso, se esso è accompagnato da dilatazione vascolare, vi ha epistassi; altre volte l'accesso si lega ad emorragie emorroidali.

All'occhio, oltre al rossore della congiuntiva con lagrimazione, vi ha il più spesso costrizione palpebrale, generalmente bilaterale, ma più spiccata dal lato del dolore, e dovuta forse, secondo Möbius, ad un movimento istintivo del paziente, il quale cerca di evitare le forti impressioni luminose, che gli dànno pena. Per quanto riguarda le pupille, non è a stupire se esse sono ristrette, come in ogni affezione dolorosa dell'occhio; rarissima è la midriasi (De Giovanni). Per lo più non vi ha nè miosi, nè midriasi, ed in generale manca ogni ineguaglianza pupillare. Le descrizioni in proposito di molti autori sono basate su preconcetti teorici. Il fondo dell'occhio è normale durante l'accesso.

Gli ammalati rifiutano per lo più ogni cibo, quando sono in preda all'accesso; non vogliono nemmeno sentirne parlare. Ogni cosa che ingeriscono, cibo o medicina, vomitano e ciò durante tutto l'accesso. Il vomito è sintoma frequente dell'emicrania (68 su 87 casi, secondo Möbius), ed è quasi sempre accompagnato da nausee; può mancare nei casi leggieri, o nell'assoluto riposo, e può essere seguìto o no da alleviamento del dolore o comparire solo alla fine dell'accesso, e questo è il fatto più comune. Vi sono degli ammalati, rari a dire il vero, che credono di avere il mal di mare, in preda come sono ad un abbattimento e sconforto indicibili per le continue vertigini e nausee che li tormentano, interrotte solo a quando a quando da vomito prima degli ingesti,

poi di muco puro o con bile o anche con sangue; essi chiedono continuamente di essere ad ogni costo liberati dal male. Molti pazienti si provocano il vomito artificialmente nella speranza che l'accesso finisca; ciò che non accade che quando il vomito coincide colla fine dell'accesso. Le sostanze vomitate sono fortemente acide, come si osserva nella gastroxinsis nervosa di Rossbach, che forse non si deve considerare altro che come un equivalente emicranico. Wallace diceva che l'intensità del suo accesso era sempre proporzionale alla quantità dell'acido stomacale, e trovava sollievo dagli alcalini.

Più raro è il caso di osservare una o più scariche diarroiche durante o alla fine dell'attacco; talora l'attacco finisce con una scarica normale. Aggiungasi che qualche volta si hanno delle vere *crisi* che finiscono l'accesso: nausee o conati di vomito, sternuti, lacrimazione abbondanti, sudori, epistassi, poliuria, ecc. L'accesso può terminare collo scotoma scintillante, il quale del resto può essere l'unico sintoma dell'accesso, un vero accesso mancato.

Come sintomi rari dell'accesso si notarono le vertigini, od una speciale facilità del respiro (Bordier, Gubler), od aumento della secrezione salivare; in alcuni sofferenti di cardiopalmo, questo cessò durante l'attacco emicranico; in altri invece sopravvennero dolori precordiali. Eulenburg trova aumentata la resistenza elettrica della cute del capo dal lato dell'emicrania. Anche l'eritromelalgia può accompagnare l'emicrania.

Gli individui in preda ad un accesso emicranico non possono più attendere alle loro occupazioni, sono tristi, irritabili, e qualche volta questo stato arriva allo sconforto e alla disperazione. Sono questi fenomeni psichici dipendenti dal dolore ed in relazione per lo più con la sua intensità. Però la coscienza è sempre integra durante gli accessi.

Tuttavia si nota in alcuni un oscuramento della coscienza, una sonnolenza che può andare fino allo stupore, senza che vi esista rapporto fra questo stato e la violenza del dolore. Questo fatto era già noto a Tissot. Qualche volta, specialmente nell'isterismo, si riscontrano delle allucinazioni sensoriali, particolarmente visive, nell'accesso emicranico. Anche Sciamanna osservò dei disturbi psichici transitorii nell'emicrania, e così pure Krafft-Ebing ed altri.

Mingazzini poi (*a*) descrisse " degli stati psicopatici transitorii acompagnati da amnesia completa o semicompleta dei medesimi come esito di un'emicrania oftalmica, se questa *o per intensità, o per lunga durata oltrepassa i limiti ordinari* ". Egli chiama queste forme col nome di *disfrenie emicraniche:* in esse il dolore di capo precede costantemente la comparsa dei disturbi visivi, inversamente a quello che si osserva nell'emicrania volgare; inoltre a differenza di quello che si nota nell'emicrania comune, dove non si riesce a constatare nessun rapporto fra l'intensità dell'attacco e i disturbi visivi, nella forma descritta da Mingazzini, i disturbi visivi, sotto forma di vere allucinazioni coscienti, insorgono quante volte l'intensità dell'emicrania raggiunge un grado maggiore, ed infine, nei gradi anche più alti della cefalea, le allucinazioni si rendono vive, ed ogni coscienza delle medesime è perduta: il paziente in preda a grave agitazione psicomotrice commette atti furibondi, e si svolge così uno stato psicopatico, il quale ha però una vita assai fugace. — Nei casi descritti da Mingazzini il dolore del capo era sempre bilaterale; la durata dell'emi-

(*a*) Mingazzini, Sui rapporti fra l'emicrania oftalmica e gli stati psicopatici transitorii; *Rivista sperim. di Freniat. e Med. legale*, vol. XIX, 1893, pag. 216. — Id., Sopra una speciale sindrome emicranica (Dysphrenia hemicranica transitoria); *Ibid.*, vol. XXI, 1895, pag. 642.

crania era variabile, in alcuni casi anzi permanente con esacerbazioni intervallari, in altri sotto forma di crisi staccate: di rado esistevano disturbi paretici, più di frequente disturbi da parte dell'udito, ecc. Se l'emicrania era forte sopravvenivano fosfeni, bilaterali come la cefalea: lampi, lampioncini, striscie di fuoco a zig-zag, lampadine e palloncini rossi, stellette rotonde con un contorno rossigno-giallastro, ecc.; alcuni accusavano ambliopie, come abbuiamenti o fumi. A queste visioni si accompagnavano o tenevano dietro percezioni visive di forme plastiche, le quali consistevano per lo più in visioni terrifiche di uomini in atto minaccioso o più di rado di animali enormi, generalmente sotto forma isolata, come nei deliri allucinatori di origine alcoolica (un uomo nero, un cavallo enorme, ecc.); più rare erano le visioni religiose, o a contenuto misto, come strade, giardini, scheletri, ecc. Lo stato psicopatico insorgeva soltanto quando la cefalea assumeva una intensità tale da diventare insopportabile, ed era di durata breve, da poche ore ad un giorno, tutto al più due giorni; perduta la coscienza, le allucinazioni nel paziente si facevano più intense, mentre, innanzi all'aspetto minaccioso delle medesime, l'infermo reagiva, afferrando qualunque strumento e slanciandosi addosso ai pretesi nemici ed agli animali feroci, gridando, schiamazzando, rompendo oggetti, mordendo, cercando di fuggire, ecc. Tornato cosciente, l'ammalato rimaneva generalmente in uno stato di confusione, che andava lentamente dissolvendosi, e degli atti commessi durante l'acme dell'accesso presentava una completa amnesia.

L'affezione si osserva più spesso negli uomini che nelle donne, al dire di Mingazzini, ed in generale fra i 20-30 anni; gli ammalati presentano stimmate di istero-neurastenia.

Möbius interpreta questi casi come casi di epilessia, idea contro la quale si rivolge il Mingazzini tanto nella prima come nella seconda delle memorie citate: " Sostenendo, egli dice, d'accordo in ciò con Schüle, che sarebbe censurabile considerare le psicopatie emicraniche transitorie quali manifestazioni di un substrato epilettico, affermo tuttavia che di un accesso epilettico psichico esse presentano parecchi attributi; che anzi più di ogni altra, hanno diritto ad essere qualificate come *vere crisi epilettoidi*, denominazione felice, la quale non è, come alcuni vollero, segnacolo di ignoranza diagnostica, ma espressione dei vani conati di ridurre ogni espressione morbosa a formole concrete nosografiche, le quali solo bisogni didattici possono giustificare ".

Mingazzini riferisce questi casi *a disturbi della circolazione arteriosa dell'encefalo, e precisamente dei rami corticali originantesi dall'arteria cerebrale profonda;* egli ribatte l'obbiezione di Möbius che la teoria vasomotoria non possa applicarsi all'emicrania, perchè in questa di regola il dolor di capo colpisce un lato, mentre l'aura sorge dall'altro, mentre, se il processo si diffondesse come nell'epilessia, il dolore di testa dovrebbe stare dal lato dell'aura, avvertendo come non ogni emicrania presenta la medesima fisionomia, e quindi sia vano tentare una spiegazione unica per un complesso sintomatico così svariato. Mingazzini insiste sul fatto che nei suoi casi l'emicrania precede e non segue i disturbi visivi, e, ciò che più monta per l'obbiezione di Möbius, in tutti i suoi pazienti da lui studiati la cefalea ed i disturbi visivi non insorgevano l'una da un lato e gli altri da un altro, ma quella e questi in ambidue i lati.

L'indole del presente lavoro mi vieta di insistere più oltre su tale importante questione dottrinale, e passo senz'altro a parlare della durata e decorso dell'accesso emicranico. Quella è in media di 12 ore, qualche volta di meno,

abbastanza spesso di più, fino ad 1—2—3 giorni. Vi sono dei casi di accessi di emicrania incompleti o frusti che durano appena qualche minuto (piccolo male) o meglio che sono rappresentati da una fase sola dell'attacco: si hanno solo i disturbi visivi, o questi sono sostituiti da una neuralgia oculare, o mancano le nausee ed i vomiti. Ma accanto a questi si possono notare dei veri *stati emicranici* (*a*), nei quali gli attacchi si ripetono continuamente e sempre più gravi e con nuovi sintomi; in altri casi gli attacchi possono succedersi con grande frequenza, ma costantemente uguali fra di loro; gli attacchi possono essere periodici, sopravvenire ogni giorno ad ora fissa, ogni due, tre giorni, ecc.

Vescicole erpetiche vide Möbius in un caso svilupparsi alla fine dell'attacco all'ala del naso e labbro superiore (*b*).

La maggior parte dei casi di emicrania sono però sempre incompleti, e specialmente mancanti dell'aura iniziale, e poichè, d'altra parte, accanto a questi casi ve ne sono di quelli nei quali i fenomeni dell'aura, perchè leggieri, sfuggono, ed altri nei quali sono più spiccati, mentre l'accesso stesso è per sè più breve e più leggiero, furono descritte due forme d'emicrania: l'*emicrania volgare*, e l'*emicrania oftalmica*. Quest'ultima viene da Galezwoski ed in particolar modo da Féré ritenuta come una forma autonoma, distinta dall'emicrania comune, opinione combattuta del resto anche in Francia (Armangué, Robiolis, Thomas, ecc.), e non accettata da Liveing, nè da Gowers e neppure da Möbius, i quali tutti sostengono che vi sia una sola emicrania. Difatti chi soffre d'emicrania oftalmica va pure soggetto ad accessi d'emicrania volgare, e ha nei suoi ascendenti o discendenti persone che ebbero od hanno tale forma o viceversa; così pure vi hanno tutti gli stati di passaggio che dall'emicrania volgare conducono all'oftalmica, per cui una separazione netta fra le due forme riesce impossibile.

La frequenza dell'aura visiva è del resto grande; Liveing la notò in 37 casi su 60; Gowers crede esista nella metà dei casi; Möbius però su 130 casi ne vide solo 14 con aura visiva. L'aura visiva si osserva più spesso fra i 30 e i 60 anni, perchè, come dice Galezowski, la maggior parte degli ammalati soffersero prima di emicrania comune.

Anche quando vi ha l'aura visiva, possono mancare l'aura sensoria e l'afasia; abbiamo già detto che nell'emicrania oftalmica la cefalea è più leggiera e di durata più breve; qualche volta può anche mancare, come osservarono Parry e G. Airy su sè stessi. I casi in cui vi ha solo lo scotoma, semplice o scintillante, sono forse meno rari di quello che si creda.

Il vomito può seguire all'aura visiva senza che sia intervenuta la cefalea; può mancare l'aura visiva ed esservi solo la sensoria, con o senza afasia. Ma la forma più frequente è la emicrania volgare, come già dicemmo, nella quale vi hanno solo la cefalea ed il vomito o la cefalea appena; può anche darsi che manchi la cefalea ed esista solo il vomito, o questo si alterni con gli scotomi.

Furono pure descritti come *equivalenti emicranici* dei disturbi gastroenterici: così Liveing racconta di un medico, appartenente a famiglia emi-

---

(*a*) N. Féré, *Revue de Méd.*, n. 1, 1892.

(*b*) V. pure Gazzaniga, Alcuni casi di erpete della cornea prodotti dall'emicrania; *Gazz. medica lomb.*, 1890.

cranica, il quale a quando a quando andava soggetto, senza ragione alcuna, a dolori gastrici profondi che cominciavano leggieri e poi crescevano fino a farsi insopportabili, e poi cessavano con nausea; questi accessi venivano regolarmente per alcuni anni ogni mese, finchè scoppiò il primo accesso di emicrania oftalmica, a cui ne seguirono altri, mentre non comparvero più gli accessi di dolore all'epigastrio; lo stesso paziente a 37-38 anni andò soggetto ad accessi notturni di laringospasmo, che Liveing interpretò come trasformazione dell'emicrania. Così si osservarono degli attacchi di colica, oppure di vertigine, o disturbi psicopatici (angoscia, depressione con debolezza somatica, ecc.) alternarsi con attacchi emicranici. Ma lo studio degli equivalenti emicranici è finora molto incompleto.

Venendo a discorrere delle cause che dànno origine all'accesso emicranico, diremo come sieno da ritenersi come tali tutte quelle che indeboliscono l'organismo: malattie infettive, intossicazioni, cause reumatiche, specialmente l'abuso, e in alcuni anche solo l'uso moderato, dell'alcool e del tabacco, i parti e gli allattamenti, gli strapazzi d'ogni specie, fisici, venerei, ma specialmente gli intellettuali ed i morali, i traumi (Gowers). I lavoratori di testa ne soffrono più frequentemente, e così gli scuolari, nei quali allo strapazzo intellettuale si aggiungono altre cause, come l'affollamento, l'insonnia per dover stare alzati tardi onde fare i compiti o prepararsi agli esami, ecc.; l'assistere ad un concerto, ad una serata, ad un ballo o ad una rappresentazione teatrale, il far partita alla sera nell'aria mefitica dei caffè affollati, consumando bevande intossicate, ecc., il lavorare alla luce diretta del sole sul capo, o a quella del gas, in atmosfera pregna già pure di gas, o in altro modo inquinata, od accanto ad una stufa troppo calda, a coke o antracite, specialmente se a tiraggio incompleto, ecc., sono tutte cause che facilitano la comparsa dell'accesso emicranico. Così pure i disordini dietetici hanno influenza sopra l'insorgere dell'attacco, per quanto i vomiti sieno per lo più un sintoma di esso; vi hanno però delle persone che sanno quali cibi provocano loro l'attacco: cibi grassi, come grasso di maiale, ecc. Alcuni accusano la stipsi; però quando questa esiste gli accessi sono più leggieri, più rari se vi ha diarrea; sappiamo anzi come l'accesso possa terminare con diarrea. Anche l'abuso di venere, l'onanismo, possono provocare l'accesso. Tutte queste cause più che dar luogo all'attacco risveglierebbero, al dire di Möbius, la predisposizione latente alla malattia, la quale si eredita; la disposizione ereditaria è come egli sostiene, la *conditio sine qua non*, perchè le cause sopra menzionate agiscano.

Qualche volta l'accesso emicranico coincide col periodo menstruale, nel quale, come io ho dimostrato (*a*), l'alcalinità del sangue è diminuita, l'eccitabilità del sistema vasomotore aumentata; ma ciò non avviene sempre. Non vi ha relazione molto evidente fra gli accessi emicranici e le affezioni genitali; solo è comune l'osservare, per quanto non sempre, l'assenza degli accessi durante la gravidanza anche in quelle persone i cui attacchi non hanno nessuna relazione colle menstruazioni.

Specialmente dopo le osservazioni di Hack, si notò anche l'emicrania fra i disturbi concomitanti le affezioni nasali, corizza cronica, e specialmente polipi nasali, e spesso la cauterizzazione dei turbinati inferiori, tumefatti durante l'accesso, ebbe esito felice.

(*a*) B. Silva, Sulla fisiopatologia della menstruazione; *Policlinico*, Roma 1896.

Anche i disturbi di refrazione, lo strapazzo dell'occhio, l'azione di una luce viva, o di un rapido cambiamento di luce, o certi movimenti dei bulbi furono invocati come causa dell'accesso di emicrania; lo stesso dicasi della influenza di forti rumori. Così pure vi sono delle persone che non possono viaggiare un po' a lungo senza avere l'emicrania; probabilmente qui alle altre cause si aggiungono quelle date dai necessari disordini dietetici che accompagnano ogni viaggio un po' lungo, e lo stare per molto tempo confinati in molti in ambiente troppo ristretto, come è lo scompartimento d'una carrozza ferroviaria, specialmente poi se l'aria è impregnata anche dal fumo di tabacco, il fumare facilitando già per sè l'insorgere dell'attacco. Non sono probabilmente da attribuirsi all'emicrania quegli stati di malessere da cui sono assaliti molti appena si trovano a viaggiare in vettura o in ferrovia, specialmente se chiusi, stato analogo al mal di mare, e che cessa appena la persona lascia la vettura.

Altre idiosincrasie tralascio: così uno ha l'emicrania se fissa il sole o una luce viva, l'altro se sente l'odore di una droga, del tabacco, un medico dopo che ha fatto una sezione, ecc.

L'influenza del clima e delle stagioni negli accessi emicranici è innegabile; vi sono certi venti che portano l'emicrania (*a*); questa viene più facilmente durante le intemperie, le burrasche, nei cambiamenti di stagione. Möbius parla di città, come Lipsia, nelle quali l'emicrania sarebbe più frequente che in altre, come Berlino, Dresda. I climi alti sopra i 1000 metri pare favoriscano l'insorgere degli attacchi, i quali spesso scompaiono mutando clima, andando in paesi dove i cambiamenti di stagione non sono tanto rapidi, i giorni di vento o di pioggia o di neve poco numerosi, dove il cielo è più spesso sereno.

Infine ricordiamo come Liveing riferisca che di 90 ammalati 53 accusavano i patemi d'animo come causa dell'accesso, 19 dei disordini dietetici, negati da 62; 12 invocavano l'influenza dello stato dell'intestino, che 54 negavano; di 76 donne 35 avevano gli attacchi nel periodo menstruale; 32 accusavano la stanchezza, 48 lo stato atmosferico, dell'insorgere dell'attacco.

In generale ogni ammalato ha un gruppo di cause proprie che cagiona l'accesso, il quale però abbastanza spesso scoppia senza che appaia una cagione ben determinata, evidente.

Decorso della malattia. — L'emicrania è una malattia che dura, si può dire, dall'infanzia alla vecchiaia, onde riesce difficile tracciarne il decorso, che è in relazione colle condizioni dell'individuo, colla vita che trae, colle sue occupazioni, colle cure che ha della sua salute, coll'opportunità di evitare o no le cause occasionali dell'accesso. Come nell'epilessia, l'attacco viene a periodi diversi nei varii ammalati, così anche lo stesso si verifica nell'emicrania, dove però il paziente può forse più che nell'epilessia, con una buona norma dietetica, evitare spesso gli attacchi.

Gli accessi di emicrania possono essere periodici; su 43 casi di Liveing 35 erano di questa natura: in 9 gli accessi venivano ogni 14 giorni, in 12 ogni mese, in 7 ogni 2-3 mesi. La maggior parte degli autori accenna ad un intervallo di 2-4 settimane ogni accesso; quest'ultimo periodo, naturale

---

(*a*) Lebert accusa sotto questo rapporto il Föhn, un vento, piuttosto caldo, che domina specialmente nei luoghi alpini di nord-est, particolarmente in Isvizzera, alla fine dell'estate, in autunno, in inverno e nella primavera, che viene dall'Atlantico nella direzione da SO a NE, e non è che una modificazione della corrente equatoriale. Da noi il scirocco è talora accusato come causa d'emicrania.

nella donna in cui l'attacco coincide spesso coi menstrui, può anche osservarsi nell'uomo. È più raro riscontrare periodi più brevi: 1-2-3 accessi alla settimana; o più lunghi: 2-4-6 accessi all'anno. In regola generale, se gli accessi vengono più frequenti, sono generalmente più leggieri, e l'inverso si nota quando i periodi fra un accesso e l'altro sono più lunghi. È l'emicrania volgare che assume più spesso un andamento periodico. Per lo più gli accessi sono rari e leggieri nella fanciullezza e gioventù, si fanno più frequenti nell'età adulta, e poi cogli anni diventano meno gravi fino a cessare affatto: la malattia invecchia coll'individuo.

Gli attacchi emicranici cessano per lo più al comparire della gotta, o dell'epilessia, o della tabe.

La menopausa coincide colla comparsa degli accessi emicranici, non perchè essa abbia influenza sulla malattia, ma perchè anche nell'uomo accade lo stesso appunto fra i 45-50 anni. Talora però l'età critica esacerba i sintomi emicranici.

È importante sapere quale influenza possa avere l'emicrania nell'individuo, dal momento che pare non si sieno riscontrate finora alterazioni anatomiche costanti a cui si possa sicuramente riferire la malattia. Charcot ed i suoi scolari credono che l'emicrania oftalmica possa dar luogo ad emiplegia o ad afasia, od emiopia, o ad amaurosi, ecc., permanenti per emorragia, o rammollimento cerebrale consecutivo ai disturbi vasomotorii che accompagnano o, secondo gli stessi autori, sono causa della malattia.

Charcot spiega questi fatti ammettendo che l'accesso sia determinato da crampo delle arterie, il quale, ripetendosi spesso o durando un po' a lungo, potrebbe lasciare nel sistema nervoso una *spina*, dei disturbi permanenti, essere cioè seguìto, ad esempio, da necrosi per mancato afflusso di sangue ad una data parte del cervello (*a*). Moebius osserva come non solo sia ancora a dimostrare l'esistenza di questo crampo nell'emicrania, specialmente nel periodo dell'aura, ma anche che questo a sua volta sia capace di produrre necrosi locale nel cervello, non esistendo nessuna osservazione che provi che lesioni così gravi possano conseguire semplicemente ad accessi emicranici, in un cervello sano e con vasi pure sani. Non si può negare che ripetuti accessi emicranici possano produrre alterazioni arteriose (De Giovanni), o che queste esistano già nell'individuo per le stesse cause che dànno luogo all'emicrania, come non si può negare che l'attacco emicranico possa essere causa di emorragia cerebrale; ma questi casi non sono certo frequenti. Si vede anzi che l'emicrania cessa o diminuisce appunto nel periodo nel quale comincia a svilupparsi l'arteriosclerosi; quindi pare prudente per ora mantenersi sulle riserve, essendo molto più numerosi i casi nei quali degli emicranici arrivano ad età avanzata, malgrado gravi alterazioni arteriose, di quelli nei quali vediamo ad un certo punto comparire emorragie, trombosi, esostosi endocraniche od altre alterazioni cerebrali, che possano eventualmente essere messe in rapporto cogli accessi emicranici passati. È molto più probabile che in questi casi la lesione cerebrale esista già quando scoppia l'accesso emicranico, che deve ritenersi piuttosto sintomatico che idiopatico.

Si credette pure all'esistenza di rapporti intimi fra l'emicrania e l'epilessia, vista la grande somiglianza che esiste fra le due malattie: esse sono tutte e due

---

(*a*) V. pure Queirolo, Emicrania oftalmica comitata, endoarterite e trombosi cerebrale; *Riforma medica*, 1893, vol. I, pag. 858, che condivide l'opinione di Charcot.

ereditarie, decorrono tutte e due a parossismi, i quali sono dovuti generalmente alle stesse cause occasionali, e sono ambedue precedute da un'aura sensoria spesso molto simile nei due casi. Parry riteneva perciò l'emicrania un'affezione premonitoria dell'epilessia; Liveing, Gowers, ecc., poi ammettono esistere non solo affinità fra le due malattie, ma possibilità di trasformarsi l'una nell'altra. Anche Féré riferisce dei casi nei quali agli accessi emicranici si sostituirono, dopo un certo numero di anni, degli accessi epilettici; egli notò anzi fra i parenti di 308 epilettici, 88 volte l'emicrania nel padre, 115 nella madre, 160 volte nei collaterali da parte del padre, 132 in quelli materni, 40 volte nei figli; su 286 donne epilettiche trovò le cifre corrispondenti, 56, 74, 90, 76, 74. Gowers riferisce 12 casi nei quali le due malattie si susseguirono nello stesso individuo, ed esempi simili sono qua e là riportati dai varii autori. Può darsi in proposito che l'emicrania sia sintomatica dell'epilessia, come sappiamo esserlo di altre malattie; però non tutti i casi riferiti dimostrano che l'emicrania possa essere causa di alterazioni gravi nel cervello, tanto da dar luogo all'epilessia; nella grandissima maggioranza dei casi di emicrania, dice Möbius, non si hanno da temere nè insulti apoplettici, nè attacchi epilettici. Aggiungo ancora come esistano differenze di capitale importanza fra l'emicrania e la epilessia: 1° la costante perdita della coscienza in questa, anche nei casi leggieri, ciò che è eccezionalissimo nell'emicrania; 2° l'influenza grave dell'epilessia sull'intelligenza, mentre invece si può dire che questa non è menomamente influenzata nell'emicrania.

Non è neppure dimostrato che l'accesso emicranico possa trasformarsi in accessi asmatici, o gastralgici, o enteralgici (Liveing), o di laringospasmo, o di *angina pectoris*, oppure in alienazione mentale, come è negata da tutti l'affinità fra l'emicrania e le vertigini, che Gowers ammette; è facile che i disturbi gastro-intestinali non sieno talora che equivalenti emicranici, accessi d'emicrania mancata, che il laringospasmo, l'*angina pectoris*, come l'alienazione mentale, si sviluppino in un individuo con emicrania come in un altro, senza che sia necessario ammettere una relazione da causa ad effetto fra queste diverse malattie.

Per quanto riguarda le relazioni fra l'emicrania ed il glaucoma, mi limito a notare come quella possa qualche volta essere sintomatica di questo; del resto, quando già esistono alterazioni oculari, non è illogico ammettere che gli attacchi emicranici ripetuti aumentino la tensione endoculare e producano il glaucoma; ma su questo riguardo rimando volentieri il lettore ai Trattati speciali.

Patogenesi. — " È scoraggiante, quando si sono raccolte delle osservazioni, percorse molte memorie, richiesti dei dati alla statistica, alla fisiologia sperimentale, finire nell'incertezza, e questo è il caso [per l'emicrania]. Per affermare qualche cosa occorrerebbe avere l'immaginazione di Tissot, l'arditezza di Dubois-Reymond, l'entusiasmo di Liveing. Noi amiamo meglio confessare che regna ancora una grande oscurità in tutto ciò che riguarda la natura e la patogenesi dell'emicrania ". Con queste parole il Thomas chiudeva, nel 1887, il suo capitolo sulla fisiologia patologica dell'emicrania, ed ora, dopo nove anni, siamo ancora allo stesso punto, per cui parmi ozioso fermarmi a discutere tutte le teorie emesse per ispiegare l'emicrania. La mancanza di alterazioni anatomiche costanti, nei pochi casi d'emicrania pervenuti al tavolo, spiega in parte la ragione di questo fatto; a ciò aggiungasi che i sintomi dell'emicrania, essendo tutti o quasi tutti subbiettivi, riesce impossibile riprodurli negli animali, come avviene per la epilessia, la cui conoscenza

intima del resto ci sfugge ancora adesso, malgrado i progressi della fisiologia e dell'anatomia patologica. Notisi ancora che, trattandosi di disturbi funzionali transitorii, le alterazioni non devono essere molto gravi; la difficoltà è aumentata dal fatto che non si sa ancora dove localizzare la lesione causa dell'emicrania.

Fra le molte teorie che ebbero maggior voga per ispiegare l'emicrania, notiamo quella vaso-motoria, già da tempo sostenuta da Wytt e da Parry, riassunta e difesa ultimamente da Eulenburg, Latham, Charcot e dai suoi allievi, da Mingazzini, Siegrist, ecc. Abbiamo già in proposito ricordato le idee di Dubois-Reymond, Möllendorf, ecc., e visto come Eulenburg ammetta due varietà di emicrania: un'*emicrania simpatico-tonica* ed una *neuroparalitica* o *simpatico-paralitica*, od *angioparalitica:* nella prima vi ha spasmo, nella seconda paralisi vascolare; in quella il viso è pallido, in questa soffuso. " Probabilmente nell'emicrania, dice Eulenburg, le anomalie del circolo locale, senza tener conto del modo speciale con cui si sono prodotte, sono da ritenersi siccome il momento eziologico generale ed essenziale della malattia, mentre il tetano od il rilasciamento dei muscoli vascolari esercita piuttosto un'influenza indiretta e limitata a taluni singoli casi, inquantochè il medesimo rappresenta una delle più importanti cagioni d'anemia o d' iperemia locale „.

La teoria di Charcot venne sviluppata da Féré, il quale ammette una ischemia localizzata molto probabilmente nelle masse centrali; considerando le diramazioni dell'arteria silviana alla corteccia si capiscono bene, secondo Féré, i disturbi che questa alterazione può produrre (emiopia, varie forme di afasia, parestesie al braccio, ecc.), a seconda del ramo dell'arteria silviana, che è presa dallo spasmo.

Come già vedemmo, Liveing, Gowers, Möbius, a cui dobbiamo aggiungere Vulpian, Thomas, ecc., hanno combattuto questa teoria vasomotoria, ancora accettata da molti, se non per tutte le forme di emicrania, almeno per alcune; così pure riferimmo alcune obbiezioni che vennero mosse a questa teoria, nonchè la difesa di Mingazzini.

Alle obbiezioni già sopra ricordate aggiungiamo ancora poche brevi considerazioni. È noto come i processi, in fisiologia, come in patologia, siano primarii nelle cellule, le alterazioni circolatorie secondarie, l'inverso di quello che si vuole avvenga per l'emicrania; aggiungasi inoltre che in questa vi ha talvolta dilatazione, tale altra costrizione vascolare, altre volte nessun disturbo circolatorio, per cui si dovrebbe perciò ammettere che la paralisi agisse come il crampo nel produrre l'emicrania, senza pensare che non si può dallo stato dei vasi superficiali indurre quello dei profondi. Del resto in nessun caso di affezione del simpatico del collo si trova notato il dolore emicranico o altro sintoma dell'emicrania. Perchè poi nell'emicrania i disturbi vascolari sieno così varii noi ignoriamo; anche nell'ira, nella collera, ecc., uno diventa pallido, l'altro rosso; la capacità di reagire dei vasi varia secondo gli individui, secondo le condizioni in cui lo stesso individuo si trova. Ad ogni modo questi fatti vascolari sono, nell'emicrania, sempre secondarii, non mai primarii, ed è contrario alle nozioni che abbiamo sulla fisiologia in generale e su quella del simpatico in particolare attribuire loro la causa della malattia in questione.

Di fronte a questa teoria, che viene ciò non di meno accettata tuttora da molti in Francia, in Italia ed in Germania, malgrado Möbius la dica morta, abbiamo la teoria delle *burrasche* o *tempeste nervose* di Liveing, secondo il quale il disturbo primitivo dell'emicrania risiederebbe nelle cellule nervose del cervello, la cui funzione verrebbe a quando a quando alterata in un certo modo,

mentre i disturbi vaso-motori sarebbero solo un fenomeno secondario; è questa transitoria alterazione della funzione, la quale viene a periodi, che venne chiamata con un'espressione pittoresca *burrasca nervosa* (*nerve-storm*); l'influsso nervoso del tutto paragonabile all'elettricità, dice Liveing, per influenza degli atti organici si produce costantemente e costantemente si elimina, ma in certe occasioni si accumula in qualche filamento nervoso, ne esagera la funzione fino a quando, essendo la tensione giunta al suo *maximum*, ha luogo la scarica, a cui corrisponde l'accesso di emicrania. È una teoria ingegnosa e comoda, ma che è troppo ipotetica perchè possa essere accettata; noi non ci fermeremo quindi maggiormente su di essa.

Per quanto riguarda la localizzazione dell'emicrania, Liveing la riponeva nel talamo ottico, opinione questa non tanto strana dopo che Edinger (*a*) ha osservato che una lesione della *parte dorsale del nucleo esterno del talamo e di porzione del pulvinar* produce iperestesia e dolori nella metà opposta del corpo. Nell'emicrania la lesione potrebbe essere tanto piccola da interessare solo il fascio di fibre sensitive che va all'occhio ed alla metà opposta del capo. Con ciò io non voglio dire che questa regione del talamo, così bene delimitata da Edinger, sia la sede della lesione che produce l'emicrania.

Per quanto riguarda l'aura infatti tutti sono d'accordo nel localizzarla nella corteccia: Charcot, Féré, come Möbius e Mingazzini, ecc., mentre invece riesce più difficile localizzare il dolore, il quale non può risiedere, secondo il Möbius, nè nella corteccia, nè nei nuclei centrali del cervello della stessa parte, perchè bene spesso l'aura è da un lato ed il dolore dall'altro. Quando, come nei casi di Mingazzini, aura e dolore sono dallo stesso lato, ed il dolore precede l'aura, allora non mi pare illogico ammettere che la lesione si inizii nella regione del talamo di Edinger e di là si irradii alla corteccia, dove esistono accanto ai centri psico-motori e psico-sensitivi, pure i centri vaso-motori. Ma questa spiegazione non vale per gli altri casi, che sono i più frequenti, in cui l'aura precede il dolore, e questi due sintomi sono crociati, o il dolore è bilaterale. Per ispiegare questi fatti sarebbe logico, secondo il Möbius, ammettere delle alterazioni emicraniche in punti simmetrici di ambi gli emisferi, che Möbius però non si azzarda di precisare.

Per ispiegare il decorso parossistico dell'emicrania, Möbius si accosta all'idea di Liveing, ma paragona lo scoppio dell'accesso emicranico allo scoppio di una sostanza esplosibile, che per processi chimici ancora ignoti si accumulerebbe nel cervello, piuttosto che ad una scarica elettrica. Quella lesione del cervello che Möbius chiama *alterazione emicranica* non consisterebbe in una lesione permanente, ma in ciò che essa crea continuamente le condizioni dell'attacco emicranico; quanto più questo lavorio è progredito tanto minore è l'eccitamento esterno necessario per produrre l'accesso; passato questo, comincia di nuovo la preparazione di un altro attacco. Nell'unità di tempo, ritornando al paragone su indicato, si forma una certa quantità di sostanza esplosibile, della quale una parte è neutralizzata dalla *vis medicatrix naturae*. Quanto più la salute è cattiva, tanto maggiore quantità di sostanza può accumularsi e tanto più frequentemente, vuoi per gli eccitamenti vitali normali, vuoi per forti eccitamenti straordinarii (cause occasionali), deve intervenire l'esplosione per la quale una parte della sostanza viene distrutta. Ciò spiegherebbe, oltrechè la tendenza degli accessi alla periodicità, pure il modo

---

(*a*) Gibt es centralentstehende Schmerzen? *Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, Bd. I, H. 3-4, 1891.

vario di comportarsi dell'organismo di fronte alle cause occasionali. All'avvenire lo stabilire quanto di vero vi sia in questa ipotesi.

L'opinione che l'emicrania sia dovuta a veleni che si preparano nel tubo gastro-enterico, od in una sua sezione, è antica; però tutti gli autori ora ammettono che la cefalea sia primaria, ed i disturbi gastroenterici secondarii.

Il vomito che accompagna l'emicrania può spiegarsi ora come vomito cerebrale (irritazione della dura-madre), ora come vomito riflesso, può cioè darsi che il disturbo funzionale del cervello produca a sua volta lesioni funzionali nello stomaco e che le sostanze velenose che ne derivano agiscano poi a loro volta sul cervello. Non vediamo noi spesso l'emicrania appena iniziata nei suoi prodromi cessare con un vomitivo, o con l'acido salicilico, che è un potente antifermentativo?

Abbiamo sopra visto come non sia sostenibile, secondo Möbius, l'opinione di Henschen, Norström e Rosenbach, messa di nuovo in onore recentemente da A. Bum (*a*), che l'emicrania possa essere dovuta ad un'affezione reumatica dei muscoli pericranici e di singoli muscoli del volto e del collo, come lo proverebbero i nodi od inspessimenti che detti autori avrebbero trovato in questi tessuti; del resto già Seeligmüller e Rosenbach stesso avevano osservato come queste cefalee differiscano notevolmente dalla vera emicrania.

Come si vede da quanto finora dicemmo, chiaramente appare quanto sia oscura la patogenesi dell'emicrania, e come sia difficile in mezzo alle teorie proposte trovarne una che resista alla critica.

Diagnosi (*b*). — La diagnosi dell'accesso emicranico completo è facile, ma riesce tanto più difficile quanto esso è più incompleto; quando però, come accade generalmente, accanto ad accessi di emicrania volgare od oftalmica, completi, ve ne hanno di quelli incompleti o frusti, allora è facile forse la diagnosi. L'emicrania si distingue specialmente per l'ereditarietà, perchè si sviluppa nell'età giovane, e decorre a parossismi.

La cefalea della neurastenia si presenta come un senso di peso, come una cappa di piombo, che preme sul capo (elmo neurastenico) specialmente alla regione occipitale, non è mai così parossistica, nè dolorosa come l'emicrania, nè accompagnata da vomiti. La cefalea nasale si distingue all'esame del naso, ed anche perchè diminuisce o cede coll'uso del joduro di potassio, e cede anche ad una cura locale, a meno si tratti non di emicrania sintomatica di un'affezione nasale, ma di vera emicrania in individuo nel quale sopraggiunse per altra ragione l'affezione del naso. La neuralgia sopraorbitale da affezione dei seni frontali è facile a distinguere, come non è difficile fare la diagnosi differenziale fra la cefalea sifilitica, che si esacerba di notte e cede al joduro, e l'emicrania, fra questa e le neuralgie malariche, che non resistono al chinino. — La cefalea degli adolescenti non si confonde facilmente coll'emicrania (*c*).

L'emicrania può essere sintomatica del glaucoma, o confondersi facilmente con una affezione endoculare, specialmente quando i sintomi dell'aura predominino; può pure insorgere come fenomeno uremico, ed essere sintomatica di un tumore o di altra affezione cerebrale. La diagnosi in questi casi può essere difficile, ed è soprattutto importante allora il valutare bene l'im-

(*a*) *Wien. med. Presse*, n. 20, 1895.
(*b*) Möbius, Diagnostica generale delle malattie nervose, Trad. ital. del Dr. B. Silva, pp. 244-250.
(*c*) Keller, De la céphalée des adolescentes; *Arch. de Neurol.*, nn. 16-17, 1883.

portanza dei fenomeni sensitivi dell'aura, i quali più spaventano l'ammalato e possono imporsi spesso come sintomatici nelle lesioni gravi cerebrali sopra ricordate.

La *gastroxynsis* di Rossbach presenta pure grandi somiglianze coll'emicrania, come già dicemmo. Lo stesso dicasi delle crisi tabiche. Bisogna in questi casi esaminare bene la sensibilità cutanea, ed i riflessi, lo stato dell'occhio, delle funzioni genito-urinarie, ecc., ciò tanto quando si sospetta di tabe come quando si sospetta di paralisi progressiva o di un'affezione cerebrale a focolaio. Sono specialmente gli accessi con aura visiva che devono far sospettare la tabe o la paralisi progressiva degli alienati; l'esistenza di una sifilide anteriore, come pure l'età avanzata in cui comparve l'emicrania, hanno in queste contingenze una importanza diagnostica capitale, benchè in casi di sifilide ereditaria, l'emicrania possa svilupparsi anche in età giovane.

Quando compare l'aura sola, può essere difficile stabilire se si tratta di epilessia o d'emicrania, al quale proposito notiamo come Féré non creda necessaria la diagnosi differenziale, poichè egli è di parere che l'epilessia e l'emicrania sieno manifestazioni di una stessa malattia, ciò che non è ammesso, si può dire, da nessuno. Ad ogni modo conviene ricordare come l'aura epilettica sia breve, quella emicranica più lunga (40-20'); la visione di fortificazioni parli più per l'emicrania: la comparsa di crampi, sieno pure limitati, più per l'epilessia. Del resto il decorso della malattia rischiarerà certamente la diagnosi.

Charcot e la sua scuola (*a*) credono che l'accesso emicranico, specialmente quello oftalmico, possa essere un sintoma isterico; probabilmente si tratta di ammalati di emicrania, nei quali questa agisce provocando l'isterismo o l'accesso isterico provoca l'emicranico; nè è illogico ammettere questo fatto, poichè trattasi di malattie che si sviluppano in individui con labe neuropatica gentilizia, ed in seguito alle stesse cause occasionali. Per quanto riguarda il fatto di provocare l'emicrania oftalmica colla compressione della sesta vertebra toracica (Babinski), o colla suggestione ipnotica, Möbius crede che questo fatto si verifichi soltanto in quelle isteriche che hanno veramente sofferto d'emicrania già prima; egli nega, contro l'opinione di Gilles de la Tourette, Babinski e Fink, che l'emicrania possa essere un sintoma dell'isterismo, come non ammette lo sia dell'epilessia, della tabe, della paralisi progressiva.

Charcot (1890) chiama col nome d'*emicrania oftalmoplegica* (*b*) un'affezione caratterizzata da cefalea unilaterale, vomiti e paralisi dei muscoli motori dell'occhio, sopravveniente a periodi, e che comincia dall'età giovane, affezione che Möbius descrisse fin dal 1884, col nome di " paralisi periodica dell'oculomotorio ", e Mauthner studiò nel 1886. Essa deve essere ben distinta dalla vera emicrania, nella quale gli accessi sono brevi, come brevi i periodi intercalari, mentre nella paralisi periodica dei muscoli motori dell'occhio, gli accessi di emicrania e di vomito sono lunghi, durano settimane ed anche un mese, finchè sopravviene la paralisi dell'oculomotorio, al comparire della quale cessano tosto gli altri sintomi; la paralisi dura un certo tempo e poi guarisce finchè dopo un lungo periodo ritorna l'attacco. Aggiungasi che fuori della cefalea e dei vomiti qui non abbiamo nessuno degli altri sintomi dell'emicrania, e specialmente manca sempre l'aura, soprattutto l'aura visiva, così frequente nelle emicranie gravi. L'eredità similare fa difetto nella paralisi

---

(*a*) V. Féré, *Arch. de Neurol.*, novembre 1890. — Ault, *The Lancet*, aprile 1893, rif. in *Riforma medica*, 1893, vol. II, pag. 297.

(*b*) V. Clinique des Maladies du système nerveux, publiées par S. Guinon, 1892, pag. 70.

periodica dell'oculomotore, nella quale non troviamo, per lo più, negli affini, casi di emicrania (*a*).

Prognosi. — Essa è in relazione coll'intensità e frequenza degli accessi; più gravi sono gli accessi completi degli incompleti; la guarigione completa è tanto meno facile quanto più lungo è il tempo da cui durano gli accessi; l'ereditarietà è un elemento sfavorevole per la prognosi. Una tendenza alla guarigione, spontanea od in seguito ai medicamenti, si ha del resto generalmente nella seconda metà della vita. Abbiamo già visto come l'emicrania per sè non può essere causa di morte.

Cura. — La cura dell'emicrania è profilattica e medicamentosa; quest'ultima può dirigersi contro la malattia o contro l'attacco emicranico.

Per la profilassi converrebbe proibire il matrimonio di chi soffre di emicrania, ciò che difficilmente si potrà ottenere. I figli degli emicranici si allevino all'aria libera, si mettano a scuola tardi, non facciano strapazzi, evitino le forti emozioni, scelgano una professione che non li obblighi a stare in città od a vita sedentaria.

Chi ha l'emicrania deve cercare di diminuire la frequenza e l'intensità degli accessi con una vita tranquilla e regolare: mangi regolarmente, e preferisca il vitto vegetale all'animale, le sostanze che per esperienza sa che digerisce bene, non beva punto vino od alcoolici, od almeno ne faccia un uso moderato, non ecceda mai nel mangiare e nel bere; eviti di trovarsi in ambienti affollati, in cui l'aria è inquinata, caffè, teatri, riunioni serali, luoghi dove si fuma, scompartimenti ferroviari pieni o dei fumatori, ecc.; sfugga gli strapazzi d'ogni genere, le emozioni forti, cerchi di non abusare di Venere, e del tabacco, dal quale anzi converrebbe astenersi affatto, in una parola si sottragga a tutte quelle cause che sa capaci di provocare gli accessi. L'uso moderato del caffè e del the non è proibito.

Per quanto riguarda i medicamenti molti sono di parere di non darne, specialmente nei casi ad accessi poco forti o poco frequenti, nichilismo terapeutico che noi sconsigliamo.

Il bromuro è indicato nell'emicrania oftalmica a dosi di 3-4-6 grammi al giorno (Liveing, Charcot), tanto durante gli accessi, come negli intervalli; durante l'accesso si dànno dosi maggiori per clistere.

Gowers consiglia l'uso della nitroglicerina a piccole dosi (0,0002-0,0004, due-tre volte al giorno dopo il pasto), onde evitare o diminuire il numero degli accessi, oppure mitigarli: usa la tintura alcoolica all'1 % sola o con tintura di noce vomica, o con acido cloridrico o fosforico diluito, o con pepsina, nei casi in cui esistono disturbi gastrici. — Möbius consiglia 1 gr. al giorno di salicilato di soda da prendersi alla sera, oppure una miscela d'antipirina, acetanilide e fenacetina, alternando magari questi rimedii, onde evitare l'assuefazione; se i rimedii non sono sopportati si dànno solo quando si crede imminente l'accesso, alla sera prima, per esempio, durante i menstrui nelle donne, in cui l'accesso suole venire a quest'epoca.

(*a*) V. pure R. Massalongo, Dell'emicrania oftalmoplegica periodica; *Rif. med.*, 1891, vol. I, pag. 398. — Cantalamessa, *Bollettino delle Scienze mediche di Bologna*, febbraio 1891, rif. in *Riforma medica*, 1891, vol. I, pag. 753. — Chiarini, L'emicrania oftalmoplegica; *Rif. medica*, 1895, vol. III, pag. 219, dove si trova riassunto quasi tutto quanto si conosce intorno alla questione. — G. Ballet, *La Médecine moderne*, 29 febbraio 1896. — V. Romano, Un caso d'emicrania oftalmoplegica; *Gazzetta degli Ospedali*, 24 marzo 1896.

Per la cura dell'accesso furono consigliati molti rimedii per bocca come per iniezione ipodermica o per clistere. Talora giova un vomitivo od un purgante; di effetto sicuro è quasi sempre la morfina per via ipodermica, ma non conviene abusarne per evitare il morfinismo. I bromuri ad alte dosi sono pure raccomandati da tutti gli autori durante l'accesso. Kraepelin consiglia la citisina al principio dell'accesso per iniezioni ipodermiche (3-5 milligrammi), altri ricorrono all'aconitina, al nitrito d'amile che Benedikt associa all'olio volatile di finocchio (15 gr. di questo e 5 gr. di quello), nell'emicrania angiospastica. — La lista dei rimedii usati contro questa malattia è del resto grandissima; fra quelli che pare abbiano dato qualche successo, dopo la morfina ed i bromuri, citeremo la guarana o guaranina, la canape indica, l'antipirina, l'etossicaffeina e la caffeina con salicilato, la migranina (*a*), l'antifebbrina, la fenacetina, l'esalgina, il salolo, il salofene, la salipirina, il tolisal o salicilato di tolipirina (1-3 gr.), ecc., l'assa fetida, la valeriana, ecc., le applicazioni di mentolo alla fronte, di belladonna, di aconitina, ecc., di cataplasmi senapati alla nuca, o in altre parti, ecc. Tutti questi rimedii, ed altri che tralascio per brevità, vennero usati soli o variamente associati tra loro, ed ebbero il loro periodo di voga.

Ma spesso un rimedio che fu utile la prima volta, falla la seconda, per cui riesce difficile giudicare del valore di queste sostanze, donde lo scoraggiamento dei medici o degli ammalati nella cura di questa affezione.

Il caffè od il the possono riuscire utili, presi in principio dell'accesso, come lo sono qualche volta delle bevande calde, sia che provochino, o no, il vomito (De Giovanni).

Naturalmente è sempre necessario, durante l'accesso, raccomandare all'ammalato l'assoluto riposo, in luogo oscuro, appartato, fuori da ogni rumore, come è pure utile badare che i piedi dell'ammalato sieno caldi. Egli stesso del resto conosce tutte quelle piccole cure che valgono ad abbreviare o mitigare l'accesso.

L'elettricità, il massaggio, l'idroterapia, i cambiamenti di clima, ecc., valgono nell'emicrania inquantochè hanno azione sulla salute generale dell'individuo, e lo rendono più robusto e più resistente. Abbiamo già visto quale importanza si debba dare a quei nodi del cuoio capelluto che i *masseurs* credono possano essere causa di emicrania.

Conviene pure nell'emicrania curare tutti quegli stati morbosi che possono avere influenza sulla produzione degli accessi: affezioni gastriche, intestinali, vermi intestinali, affezioni nasali, degli occhi o degli orecchi, dell'utero, ecc. Osserviamo però come occorra avvertire il paziente che, per quanto la cura di queste affezioni sia utile, però può darsi che l'emicrania per questo non cessi affatto od appena sia mitigata nel numero o nella gravità degli accessi.

In complesso, come ci è ignota la causa, così non conosciamo nessun rimedio sicuro contro questa malattia, che per fortuna ha tendenza a guarire spontaneamente cogli anni, invecchia col paziente.

(*a*) Risulta, secondo Ewald, d'antipirina parti 85, caffeina p. 9, acido citrico p. 6; secondo Weikblad, d'antipirina p. 89, caffeina p. 8, acido citrico 0,50; si può considerare come un citrato doppio d'antipirina e di caffeina.

EMIATROFIA PROGRESSIVA DELLA FACCIA

(Hemiatrophia faciei progressiva)

pel Dottor G. PACETTI
Docente di Neuropatologia nell'Università di Roma

Il primo caso di emiatrofia facciale sembra che sia stato pubblicato da Parry nel 1825. Questo autore descrisse in una donna di 28 anni, che 13 anni prima era stata colpita da emiparesi sinistra, un dimagramento diffuso della metà sinistra della faccia e della lingua, e scoloramento grigio dei capelli dallo stesso lato. Dodici anni dopo, cioè nel 1837, Bergson pubblicò un altro caso osservato nella clinica di Romberg. La sua tesi fu intitolata *De Prosopodysmorphia sive nova atrophiae facialis specie.* Tralasciando l'osservazione di Stilling, comparsa nel 1840, arriviamo a Romberg nel 1845, dal quale giustamente tutti gli autori datano la prima descrizione esatta della malattia sotto il nome di *trofoneurosi facciale.*

Fra i numerosi lavori che d'allora si sono succeduti sull'argomento, mi limiterò a segnalarne tre che hanno importanza dal punto di vista della bibliografia. Lewin nel 1884 pubblicò una Memoria assai accurata nella quale raccolse 70 casi fino allora noti, aggiungendovi una propria osservazione. Nel 1890 Steinert continuò tale raccolta dalla letteratura e la condusse fino al n. 92. Infine Fromhold-Tren nel 1893 completò anch'egli i casi fino allora pubblicati che risultarono essere 115. È probabile peraltro che vi siano compresi parecchi errori diagnostici (Möbius). Aggiungendo a questi le osservazioni che sono apparse fino ad oggi, quelle almeno che mi furono accessibili, si arriva fino al numero di 133 casi di emiatrofia facciale. È sulla guida di essi che darò un breve cenno del quadro e della evoluzione di tale malattia.

Non sembra che l'eredità neuropatica sia frequente nei soggetti che vengono colpiti dall'emiatrofia facciale. Solo di rado trovasi nell'anamnesi notata la presenza di malattie nervose in famiglia, nè quindi può accettarsi il concetto di Pieraccini che vorrebbe attribuire a questo fattore un'influenza preponderante. Invece è più frequente trovare che i soggetti hanno già presentato altri disturbi del sistema nervoso (corea, epilessia, emorragie cerebrali), la cui importanza è peraltro, come si vedrà in appresso, assai diversa nei diversi casi. È degna di nota peraltro un'osservazione di Seeligmüller, nella quale viene fatto menzione che una zia materna del paziente aveva del pari presentato fino dalla nascita dimagramento della metà destra della faccia.

Contrariamente all'affermazione di taluni autori, non si può dire che il sesso femminile sia in modo speciale predisposto a tale malattia, che si verifica presso a poco con eguale frequenza nei due sessi. Secondo le ricerche da me fatte nella letteratura, sopra i 133 casi di emiatrofia facciale finora registrati, si trovano rappresentati in numero quasi uguale gli uomini e le

donne. Non si può invece mettere in dubbio una sensibile influenza dell'età. Il massimo numero trovasi compreso fra gli 11 ed i 30 anni: non si può però dire che alcuna età ne sia esclusa, e come se ne trovano di congenite ovvero svoltesi nella più tenera infanzia, così se ne verificano, sebbene assai raramente, al disopra dei 50 anni.

Infine, l'emiatrofia sembra colpire con una certa maggiore predilezione la metà sinistra della faccia.

Non si conosce alcuna causa propriamente detta dell'emiatrofia facciale. Alcuni autori dànno grande importanza ai traumi: ciononostante Fromhold-Treu, uno dei partigiani di tale dottrina, sopra 115 casi da lui raccolti non ha trovato in più di 16 indicata tale causa. Con una certa frequenza nell'anamnesi di tali infermi trovansi segnalate forti nevralgie del trigemino. Secondo il concetto che io credo più probabile sulla natura della malattia, siffatte nevralgie si devono considerare piuttosto come un sintomo iniziale. Così pure non è ben chiaro il rapporto che passa fra talune malattie locali pregresse e lo sviluppo consecutivo dell'emiatrofia facciale. Mentre in molti casi trattasi probabilmente di lesioni accidentali che non hanno alcun rapporto etiologico coll'affezione svoltasi ulteriormente, in altri è possibile che si trattasse già di fatti appartenenti alla malattia stessa (denti cariati). Se realmente tali accidenti locali hanno qualche influenza nel provocare od accelerare lo sviluppo dell'emiatrofia facciale (il che non può certamente escludersi), ciò non deve essere in ogni modo che un fatto assai raro.

A mio avviso si deve invece attribuire una certa importanza etiologica alle pregresse infezioni, che si trovano registrate più volte e che precedettero la malattia in modo più o meno immediato; non posso peraltro convenire con Möbius così nel ritenere che questa sia l'unica causa della malattia, come nel credere che tale causa agisca in modo diretto, senza l'intervento del sistema nervoso. Fra le infezioni non sembra che debba annoverarsi, almeno come frequente ed importante, la sifilide, di cui si conosce invece la grande importanza nella genesi di altre malattie nervose.

Da quanto abbiamo detto, è facile concludere che probabilmente non tutti i casi di emiatrofia facciale ripetono un'unica ed identica causa. Avrò occasione di tornare su questo punto, trattando della natura della malattia.

Molto interessanti sono alcuni casi nei quali l'emiatrofia facciale si svolse durante o dopo altre malattie organiche del sistema nervoso. Mi tratterrò anche sopra questi casi in appresso, avendo essi una certa importanza dal punto di vista della patogenesi.

I primi disturbi che richiamano in generale l'attenzione degli infermi possono essere i dolori nevralgici, spesso violenti, nel territorio del trigemino: la comparsa di macchie cutanee, ovvero infine il graduale e progressivo rimpiccolimento di una metà della faccia. — Ho già detto disopra come io scorgo nelle nevralgie del V paio non la causa, ma un sintomo iniziale della malattia, e non è improbabile che desse siano l'espressione clinica di un processo anatomico analogo a quello che provoca, nella tabe dorsale, i dolori folgoranti. Essi possono precedere anche di anni la comparsa dell'atrofia; e questa circostanza può appunto aver dato origine all'opinione erronea suddetta. Un tempo del pari considerevole può trascorrere fra l'apparizione delle macchie cutanee e degli altri disturbi caratteristici della malattia.

Quando l'affezione ha raggiunto il suo pieno sviluppo, anche ad un esame superficiale si è colpiti dal contrasto che passa fra il lato ammalato ed il lato sano. — Mentre quest'ultimo presenta il colorito e turgore normale dei tessuti

e le prominenze, le depressioni, i contorni conservano i rapporti fisiologici, la metà ammalata offre un aspetto avvizzito, senescente, e non solo notasi un rimpiccolimento *in toto*, ma una vera deformazione, conseguenza dello sviluppo disuguale dell'atrofia nelle diverse zone. La malattia, nei casi più tipici, si arresta esattamente alla linea mediana, dove un solco più o meno profondo, a convessità rivolta dal lato sano, separa nettamente i tessuti integri dagli atrofici, sicchè è un'osservazione fatta da lungo tempo che le due metà del volto sembrano appartenere a due individui diversi.

La cute può presentarsi alterata in modi e gradi differenti. Talvolta è assottigliata e lucente, tanto che colà dove essa riposa sopra un piano osseo uniforme, come sulla vôlta del cranio, assume un aspetto eburneo; altre volte è invece rugosa, ispessita, disseminata di chiazze sclerodermiche, sicchè l'angolo boccale può esserne retratto ed ostacolata l'apertura completa della bocca da questo lato. Non di rado è percorsa da solchi od offre infossamenti circoscritti, conseguenza dell'atrofia del sottocutaneo. Il suo colorito è talvolta semplicemente pallido; altre volte è cosparsa di macchie brunastre, o bluastre, o infine presenta delle zone di vitiligine più o meno estese. Non mancano casi in cui essa si presenta del tutto normale.

I capelli presentano frequenti alterazioni. Il più spesso dal lato ammalato essi divengono più radi e assottigliati; notasi frequentemente lo scoloramento per cui assumono una tinta grigia, altre volte cadono completamente per una zona più o meno estesa. Analoghe alterazioni possono presentarsi a carico delle sopracciglia, della barba, dei baffi.

Spesso, ma non sempre, l'atrofia si estende al padiglione dell'orecchio, il cui rimpiccolimento arriva talvolta ad un grado notevole. Più frequentemente è ancora colpita la metà omonima della lingua; anche qui, come nella faccia, l'atrofia è limitata esattamente dalla linea mediana. Quando la lingua è tratta fuori, essa offre allora la solita deviazione della punta verso il lato ammalato; talvolta l'atrofia non è totale, ma limitata a territori circoscritti dalla metà dell'organo. Anche il palato molle può partecipare all'atrofia, ed allora notasi che l'arcata palatina di questo lato è più ampia che dal lato sano. L'ozena e la faringite sono probabilmente del pari disturbi trofici secondari da mettersi sulla stessa linea dell'atrofia della mucosa nasale (Jankau). A carico dei denti si è spesso notata la carie e la caduta parziale o totale, ovvero un arresto di sviluppo per cui rimangono più piccoli che dal lato sano.

Le ossa pigliano parte in modo cospicuo al processo atrofico e molto spesso in modo uniforme in tutta la metà della faccia e del capo. L'atrofia può però limitarsi ad alcune ossa; in ordine di frequenza vengono il frontale ed il zigomatico, poi la mandibola, più raramente il parietale e temporale. Altrettanto vale per le cartilagini del naso e, come dissi, del padiglione dell'orecchio. A questa atrofia deve attribuirsi molta parte dell'alterazione delle forme esteriori così caratteristica della malattia.

Uno dei punti degni di attenzione nella storia dell'emiatrofia facciale è il comportamento dei muscoli. Molti autori affermano che i muscoli nei casi tipici della malattia restano inalterati. Quest'affermazione così assoluta deve respingersi, perchè in un numero anche cospicuo di casi essi pigliano parte in modo evidentissimo al quadro morboso con disturbi della funzione e del trofismo. Non di rado trovasi notato come uno dei sintomi iniziali della malattia l'apparizione di spasmi clonici e tonici in alcuni territori muscolari, a preferenza di quelli innervati dal V paio (massetere), più di rado dal facciale o dall'ipoglosso (contrazioni della lingua). Questi sintomi di irritazione fanno perfetto riscontro,

nel campo dei nervi di moto, alle nevralgie del V già descritte, e sono evidentemente il prodotto di un analogo processo degenerativo. In vari casi si sono pure osservate contrazioni fibrillari (Penzold-Sperling).

In generale e all'infuori di pochissimi casi non si osservano paralisi muscolari; queste peraltro possono esistere, e furono indicate in parecchie osservazioni, così a carico dei muscoli masticatori come dei pellicciai della faccia. Più frequentemente può verificarsi un'atrofia più o meno avanzata nei gruppi muscolari innervati soprattutto dal V ma anche dal facciale: accennerò più oltre a quei casi in cui l'atrofia si propagò ad altri territori muscolari. Quando accadono queste alterazioni si sono pure notate modificazioni della reazione elettrica per lo più quantitative, raramente qualitative, sia sotto forma di una semplice tardezza delle contrazioni, sia come vera reazione degenerativa parziale o totale (Penzoldt-Sperling-Borgherini). In parecchie osservazioni trovasi notato che i muscoli presentavano invece un aumento dell'eccitabilità elettrica galvanica e faradica; questo fenomeno è dovuto evidentemente all'assottigliamento della cute e alla scomparsa del sottocutaneo.

Anche i disturbi della sensibilità sono tutt'altro che rari. Le nevralgie del trigemino, o di alcuni suoi rami mancano di rado in tutto il decorso della malattia. Spesso si notano parestesie (senso di freddo sulla guancia) e punti dolorosi all'emergenza dei vari rami del trigemino. I disturbi obbiettivi esistono in molti casi nel territorio colpito dall'atrofia sotto forma di diminuzione dell'una o dell'altra forma della sensibilità, per lo più della dolorifica, raramente della termica. Quando si trova segnalato un aumento della sensibilità dal lato ammalato, questo con grande probabilità è dovuto all'assottigliamento della cute, ed è quindi un fatto analogo, nella sua genesi, all'accresciuta eccitabilità elettromuscolare che dicemmo verificarsi in condizioni simili. Ha un certo interesse l'osservazione fatta da Mendel che vide scomparire nel decorso ulteriore del processo un'anestesia del trigemino, la quale esisteva nei primordi della malattia. Mendel vuole generalizzare questo comportamento e spiegare in tal modo l'assenza di disturbi della sensibilità nei casi inveterati di emiatrofia facciale. Tale conclusione è evidentemente troppo estesa: si può semplicemente scorgere in tali fatti una parziale retrocessione del processo morboso e non ne mancano altri esempi nella storia della malattia.

L'apertura palpebrale apparisce talvolta più ampia dal lato malato, come semplice effetto dell'atrofia del cuscinetto adiposo. Il bulbo oculare è spesso infossato, secondo alcuni anche rimpiccolito; di rado prominente. Talvolta appariscono differenze nell'ampiezza pupillare fra i due lati, senza che a questo proposito possano stabilirsi norme costanti.

I movimenti dei globi oculari sono mantenuti; esistono due sole osservazioni, una di Marie e Marinesco, l'altra di Diller, nella quale si notarono paralisi oculari; tornerò in seguito su queste osservazioni. Pieraccini notò pure nel suo caso scosse di nistagmo verticale.

La reazione pupillare è pressochè costantemente mantenuta sebbene si parli talvolta di reazione pigra, o mancante. L'esame oftalmoscopico è quasi sempre negativo; peraltro sono stati segnalati nel fondo dell'occhio l'atrofia dei vasi retinici e di tutta la papilla, altra volta dilatazione dei vasi stessi, o infine la presenza di macchie bianche o pigmentate. I disturbi a carico della vista, o degli altri organi di senso specifico sono rari, ma furono accertati sopratutto per il gusto e l'olfatto.

Meritano speciale considerazione, dal punto di vista teoretico, i disturbi secretori e vasomotori e il comportamento della temperatura. Può affermarsi in

generale che non esistono a questo riguardo leggi assolute. La temperatura è il più spesso diminuita, ma talora anche aumentata. La secrezione sebacea è quella che sembra più costantemente delle altre diminuita, o soppressa: ma il sudore può essere aumentato dal lato malato, ed anche in modo considerevole vuoi sotto l'influenza di condizioni fisiologiche (pasti), vuoi provocato artificialmente coll'iniezione di pilocarpina. È stato notato in pochi casi l'aumento della secrezione lagrimale, talvolta in coincidenza con gli accessi neuralgici (Pissling). La narice dello stesso lato è in preda ad abnorme secchezza. La saliva è aumentata o diminuita in un numero di osservazioni pressochè uguale. Per lo più il lato malato presenta un notevole pallore, ma non mancano casi nei quali invece era più facile provocare un arrossamento parziale o totale. Non va dimenticata l'osservazione di Eulenburg, che notò modificazioni della curva del polso nella carotide omolaterale (tricrotismo).

Questi svariati disturbi secretori e vasomotori hanno evidentemente una diversa dignità fisiopatologica. A mio avviso, tutti i fenomeni di deficienza (pallore, arresto delle secrezioni) difficilmente possono essere considerati come un disturbo primario, come un effetto diretto, cioè, della disturbata innervazione, con molta maggiore probabilità essi rappresentano una semplice conseguenza del processo atrofico che invade tutti i tessuti, oblitera i vasi, sopprime le varie attività funzionali. Parlano invece con più ragione a favore di una pervertita innervazione quegli altri casi, in cui fu notato l'aumento delle secrezioni, della temperatura, dell'irrigazione sanguigna. Le osservazioni che si possiedono attualmente non permettono per altro di rispondere alla domanda se in tutti o in buona parte di questi ultimi casi ai fenomeni irritativi di quest'ultima categoria fecero seguito i disturbi paralitici (abolizione delle secrezioni, ecc.); ma non è improbabile che tale comportamento si verifichi non di rado. I due ordini di fenomeni sarebbero pertanto legati fra loro intimamente e perciò non parmi giustificato, è bene notarlo fin da ora, fondare sopra fatti così variabili e così imperfettamente conosciuti una dottrina sulla genesi della malattia.

I disturbi nervosi che abbiamo fin qui analizzati si possono associare in modo svariato per costituire il quadro morboso dell'emiatrofia facciale, nè possono stabilirsi a questo riguardo leggi assolute. I fatti più costanti si riferiscono però, non vi ha dubbio, alle alterazioni della cute, delle ossa, della lingua, dei denti, più rari sono i disturbi secretori e vasomotori, le alterazioni obiettive della sensibilità generale o specifica, le paralisi e le atrofie muscolari.

Merita speciale attenzione la distribuzione topografica dell'atrofia. Questa si estende raramente sopra tutta una metà della faccia colpendola in modo uniforme, spesso è limitata a chiazze ovvero a territori, i quali corrispondono abbastanza esattamente alla zona di distribuzione di uno o più rami del V paio. Fra queste zone, le più frequentemente colpite sono quelle in cui si distribuiscono la 1ª e 2ª branca del trigemino, più raramente l'atrofia si circoscrive all'area d'innervazione della terza branca. In un certo numero di osservazioni l'atrofia fu bilaterale; infine meritano di essere ricordati per la loro singolarità il caso di Nicaise, in cui esisteva una striscia atrofica mediana, e quello di Berend, in cui la distrofia colpiva a sinistra la parte superiore del volto fino all'apertura boccale; a cominciare da qui le medesime alterazioni si osservavano a destra.

A questi casi di atrofia circoscritta fanno riscontro quegli altri non meno interessanti, il cui numero va facendosi sempre maggiore, in cui le alterazioni sorpassavano i confini della faccia e si estendevano ad altri territori del

corpo, soprattutto, in ordine di frequenza, al collo, dorso, arto superiore. È inutile insistere sopra i disturbi che si verificano in queste sedi, perchè sono l'esatta ripetizione di quelli descritti nella faccia; soprattutto non mancano gli spasmi e le atrofie muscolari che invadono con ispeciale predilezione il cucullare, lo sternocleidomastoideo ed i muscoli iodei. Si arriva così per gradazioni a quei casi di emiatrofia di tutto il corpo, senza che, come accade spesso nella patologia nervosa, sia possibile tracciare un confine netto fra questi ultimi e le forme pure dell'emiatrofia facciale.

Io stesso dispongo della seguente osservazione personale il cui interesse sta non solo nella partecipazione degli arti, ma anche nella loro successiva *restitutio ad integrum:*

Tabasso Luigi, d'anni 34, legatore di libri. Il padre e la madre sono morti di malattia che l'infermo non sa precisare. Ha un fratello che sta in buona salute. L'infermo è stato bene da ragazzo. Non ha avuto mali venerei. Ricorda che all'età di 10 anni presentava gli organi delle due metà della faccia simmetrici. Giunto a questa età, i parenti si accorsero che, senza ragione apprezzabile, la metà sinistra si andava impiccolendo e l'angolo sinistro della bocca veniva stirato verso l'esterno. Contemporaneamente egli avvertiva un dolore all'uscita del nervo sottorbitale, dolore non grave, però che si esacerbava premendo sul punto di uscita del nervo stesso: fu pure notato che anche la metà della lingua si andava assottigliando.

Questa diminuzione di volume della metà sinistra della faccia progredì per circa tre anni, poi si arrestò (14° anno) senza che l'infermo avesse fatto alcuna cura. In quel periodo di tempo fu ricoverato nella Clinica medica di Torino ove si constatò che il volume e la lunghezza degli arti superiori ed inferiori di sinistra erano minori di quelli di destra e che da questo lato la forza muscolare era pure sensibilmente diminuita. Aggiunge pure che da allora in poi tanto la diminuzione di volume e lunghezza degli arti, quanto la forza muscolare dei medesimi è andata scomparendo a poco a poco, a segno da uguagliare del tutto quelli di destra, il che avvenne all'età di 18 anni. A 19 anni, gli cadde una macchina sopra un ginocchio (destro) e gli produsse una lussazione della rotula, conseguenza della quale fu la permanente anchilosi parziale.

Esame obbiettivo. — Il cranio è di forma sensibilmente regolare, le orecchie alquanto distaccate, disposte obliquamente: il lobulo è sessile. Le aperture palpebrali sono sensibilmente disuguali; destra $>$ sinistra. Il bulbo oculare di sinistra apparisce un pochino più piccolo di quello destro. Il naso leggermente deviato verso sinistra. Le parti molli della regione delle gote di sinistra sono sottili ed infossate in modo che sembrano come aderenti alle parti ossee sottostanti e cioè alla fossa ed all'osso zigomatico i cui contorni sono assai più visibili del destro alla branca e al corpo della mandibola. L'angolo di sinistra della bocca è situato molto più all'esterno che non quello di destra.

I denti sono in buona parte mancanti, specie i molari superiori, e l'infermo assicura che gli sono caduti in poco tempo verso i 16 anni. I baffi della metà sinistra sono radi e scarsi. I capelli sono poco abbondanti da ambo i lati, ma non si rivela una differenza notevole fra i due lati. Normali i movimenti dei globi oculari e del facciale. La lingua è impiccolita in tutta la metà sinistra, ma è capace di eseguire tutti i più delicati movimenti. Quando è protrusa è sempre leggermente deviata a sinistra; ciò che si verifica in parte anche quando sta dentro il cavo orale. L'infermo non riesce ad abbassare completamente la mandibola. I movimenti di lateralità della mandibola appaiono bene conservati da ambo i lati. Tutti i movimenti attivi e passivi degli arti superiori sono possibili. Nessun tremore nelle mani estese in posizione di chi giura; la forza muscolare è sensibilmente diminuita nell'arto inferiore a sinistra.

Nella deambulazione si nota che il paziente estende pochissimo la gamba destra ed inclina il tronco da questo lato (anchilosi parziale, v. sopra).

Sensibilissima la reazione iridea alla luce da ambo i lati.

Sensibilità. — La dolorifica è leggermente diminuita su tutto l'ambito sinistro del corpo. La tattile è bene conservata da ambo i lati; la termica soltanto in corrispondenza della regione zigomatica di sinistra è alquanto diminuita. Il senso muscolare conservato. Il visus normale tanto per l'acuzie quanto pei colori. L'udito normale. L'olfatto e gusto sono ritardati a sinistra. I muscoli della faccia reagiscono normalmente alle correnti faradiche e galvaniche.

Non vi sono disturbi nella minzione e defecazione.

Oltremodo importanti sono quelle osservazioni, rare invero, in cui nel decorso di un'emiatrofia facciale insorsero parziali ipertrofie di alcuni tessuti. Se le mie ricerche nella letteratura sono state complete, non sono registrate che quattro osservazioni di questo genere. Nella prima, che appartiene a Jankau, si notò un rigoglioso sviluppo del sopracciglio dal lato dell'atrofia. Estor segnalò in una emiatrofia facciale, che occupava principalmente la fossa temporale sinistra, l'ipertrofia della palpebra superiore dello stesso lato. Nel caso di Karewski si produssero notevoli esostosi della faccia dal lato malato. Vi è infine l'osservazione di Graf, nella quale insieme all'emiatrofia sinistra della faccia esisteva un inspessimento della metà omolaterale della lingua che raggiungeva un volume doppio dal lato sano.

La scarsezza del materiale e la mancanza di osservazioni microscopiche non permettono di interpretare con rigore scientifico siffatti disturbi. Il pensiero corre facilmente a quelle iperplasie connettivali che accompagnano in un gruppo ben determinato di miopatie la scomparsa del tessuto muscolare, e non è improbabile che in alcuni casi, per esempio in quelli di Estor e Graf, trattisi di un fenomeno del genere e perciò secondario. Ma per gli altri due non può evidentemente sostenersi siffatta dottrina e bisogna quindi ricorrere senz'altro ad un vero disturbo trofico *sui generis*, prezioso per altro perchè mette in rilievo la parentela fra l'atrofia emifacciale ed un'altra forma apparentemente del tutto opposta, cioè l'ipertrofia emifacciale. Non è mio còmpito occuparmi delle rare osservazioni che esistono di quest'ultima forma morbosa, che analogamente all'emiatrofia, può anche estendersi a tutta una metà del corpo (*Hypertrophia corporis lateralis*, Lewin); basti aver segnalato questi punti di contatto, e queste forme di passaggio, che hanno sempre una grande importanza nella patologia.

Non di rado l'emiatrofia facciale si associa ad altri disturbi nervosi che hanno un'importanza diversissima nella storia della malattia. Ho già detto, parlando della eziologia, come nel passato di questi infermi trovansi talvolta segnalate l'epilessia e la corea. Non raramente attacchi convulsivi generali insorgono durante l'evoluzione stessa della malattia. Rarissima, ma oltremodo interessante dal punto di vista della patogenesi è la comparsa di paralisi oculari (Marie e Marinesco) ovvero di disturbi bulbari: senso di soffocazione, secchezza della faringe, disturbi della deglutizione, irregolarità dell'azione cardiaca (Brunner). Egualmente importanti appariscono quelle osservazioni in cui l'emiatrofia della faccia si svolse nel corso di altre malattie nervose colle quali presentava evidentemente un legame etiologico. Queste malattie sono: l'emorragia cerebrale, la tabe dorsale, la siringomielia, la sclerosi multipla cerebrale, la paralisi progressiva e perfino i tumori cerebrali (corticali). Tornerò fra poco sopra questo punto. Esistono infine casi di semplici associazioni con altre forme morbose, come la sclerodermia e gli ingrossamenti della tiroide, le quali, sebbene si accompagnino a disturbi trofici anche gravi, sono tuttora troppo oscure nella loro patogenesi perchè sia possibile pronunciarsi sopra un'eventuale loro parentela coll'emiatrofia facciale. Per esaurire i possibili disturbi concomitanti a tale malattia, ricorderò che in alcuni casi si svolsero disturbi mentali di vario genere.

Il decorso della malattia è quasi sempre lentissimo ed occupa anche venti anni e più. Talvolta l'inizio ne è però tumultuoso ed è soprattutto in questi casi che si osservano parziali retrocessioni del processo morboso (cfr. le osservazioni di Vizioli e Penzoldt-Sperling).

Natura della malattia. — Le due opinioni che si contendono attualmente il campo sulla natura e patogenesi della emiatrofia facciale sono: *a*) quella che la considera come una malattia del simpatico cervicale; *b*) quella secondo la quale è il risultato di un'alterazione del V nervo, centrale o periferica che essa sia. La dottrina sostenuta da Bitot e Lande, secondo la quale tratterebbesi di un'affezione limitata e primitiva del connettivo, è ormai così abbandonata che stimo superfluo trattenermi a parlarne.

Non è inutile a questo punto richiamare l'attenzione sopra un principio generale, assai comunemente trascurato nello studio delle malattie nervose di oscura patogenesi. Quasi tutti gli autori, a mio avviso erroneamente, considerano come una prova assai valida in favore di una dottrina o di un'altra, il trovare che questa spiega in modo soddisfacente alcuni o molti dei fatti clinici. È noto da un pezzo, per esempio, che il taglio del simpatico cervicale è capace di provocare una certa atrofia della metà corrispondente della faccia. Anche in un'epoca recente il nostro Angelucci estirpando il ganglio cervicale superiore in cani neonati e in gatti adulti ha potuto provocare molteplici distrofie della cute e delle ossa; e vediamo Déjérine e Miraillé citare con compiacenza tali esperimenti a favore della genesi simpatica dell'emiatrofia facciale. In sostegno della medesima teoria si invoca pure la nota influenza del simpatico cervicale sull'ampiezza pupillare e sulla circolazione della faccia, facendo un parallelo fra questi e i fatti simili che si osservano nella forma clinica dell'emiatrofia facciale. Conosciamo d'altra parte esperienze analoghe relative al trigemino, per esempio quelle di Girard e Schiff, i quali affermano anch'essi con pari sicurezza, di avere prodotto, coll'estirpazione di tal nervo, sindromi assai simili a quella dell'emiatrofia facciale.

Per quanto grande sia il valore di queste ricerche dal punto di vista della patologia sperimentale, io le ritengo quasi destituite di ogni valore per determinare la patogenesi della malattia di cui ci occupiamo. Il problema che noi siamo chiamati a risolvere è relativo all'origine di essa, quando si presenta *spontaneamente nell'uomo;* ora tale problema è puramente anatomo-clinico, e può essere solo risolto coi dati della clinica e dell'anatomia patologica. Quindi, a bene stabilire la posizione nosografica dell'emiatrofia facciale, le indagini debbono essere dirette a determinare: *a*) quali lesioni anatomiche si trovino realmente nei casi di questo genere; *b*) quali si riscontrino nelle malattie che si accompagnano a disturbi trofici simili a quelli dell'emiatrofia facciale, ovvero che sono capaci di provocarne tutta intera la sindrome caratteristica.

Credo anzitutto opportuno di ricordare come la storia clinica della malattia ha dimostrato che la medesima non presenta sempre un quadro rigorosamente identico, ma offre alcuni sintomi costanti ed altri variabili e contingenti. Parecchi autori sono proclivi a distribuire questi diversi casi in categorie differenti e a credere che diversa ne sia anche la patogenesi: citerò fra gli altri Popoff e Sciamanna. Tale tendenza a frazionare la malattia in più sottoclassi ha poi raggiunto il suo massimo nella Memoria di Fromhold-Treu, che ne distingue ben sei gruppi. A mio avviso, queste distinzioni possono essere utili dal punto di vista descrittivo e didattico, ma non mi sembra giustificato di considerare queste diverse categorie come del tutto separate e le forme che vi appartengono siccome entità morbose distinte. Trovo piuttosto opportuno ampliare il concetto della malattia in modo da farvi rientrare tutte quelle varietà che altrimenti non troverebbero posto in una definizione troppo rigorosa. Pertanto io comprenderò nella mia discussione così quei casi in cui mancarono alterazioni della sensibilità e dei muscoli come quelli in cui

furono presenti ed infine quei casi in cui l'atrofia fu parziale o bilaterale, ovvero si estendeva ad altri territori (limitati) del corpo. Non vi è dubbio che in quest'ultima contingenza non può continuare a parlarsi di emiatrofia facciale se non fondandosi sul noto assioma " *a potiori fit denominatio* ".

Il concetto che mi sembra scaturire dall'esame dei fatti sulla natura di tale malattia è che in essa trattisi sempre di un'alterazione di quei nervi cerebrali (risp. spinali) che si distribuiscono alle regioni colpite dall'atrofia. Si comprende pertanto agevolmente che l'estensione del disturbo trofico sia in rapporto esclusivamente con quello della lesione anatomica. I muscoli masticatori, i facciali, ovvero territori più o meno estesi del tronco e degli arti sono o no coinvolti nel processo a seconda che questo invade, o risparmia i nervi rispettivi.

Stimo oziosa la discussione se tale affezione debba considerarsi centrale o periferica. Le recenti conquiste della istologia normale e patologica del sistema nervoso hanno dimostrato l'unità indissolubile della cellula e di tutti i suoi prolungamenti. Quello che ammala è dunque un gruppo, o sistema di neuroni e per ora è impossibile di stabilire in quale delle loro parti il processo si svolge dapprima in ordine di tempo. Il fatto però che caratterizza tale malattia, e che rende necessario considerarla come un quadro morboso *sui generis*, separandola dalle comuni nevriti multiple, è non solo il modo subdolo col quale si stabilisce, ma anche la sua speciale distribuzione e soprattutto poi la presenza in modo prevalente di certi disturbi trofici, rari a verificarsi in altre circostanze.

Esporrò ora brevemente i fatti che mi sembrano giustificare il concetto patogenetico suesposto.

1° Le sole ricerche anatomo-patologiche attendibili fin qui praticate sono quelle di Mendel e di Hómen. Quelle più antiche di Pissling e di Jolly non si possono utilizzare, non solo per l'insufficienza della descrizione, ma anche perchè in tutti e tre i casi descritti da questi autori trattavasi di emiatrofie svoltesi nel corso di forme morbose più complesse, delle quali mi riserbo di parlare più oltre. Un'altra autopsia, eseguita nel 1887 da H. Westphalen nella clinica di Dorpat, è ugualmente inutilizzabile per le medesime ragioni.

In ambedue i casi suddetti (di Mendel e di Hómen) esistevano profonde alterazioni del V nervo. Hómen trovò un endotelioma che avvolgeva il ganglio del Gasser e la degenerazione delle varie radici del trigemino, prevalentemente della spinale e del nucleo sensitivo. Mendel rinvenne una nevrite interstiziale prolificante e degenerazione soprattutto della radice discendente del trigemino e della *substantia ferruginea* di sinistra. Oltre a ciò Mendel descrisse alterazioni nel midollo spinale e precisamente nelle corna anteriori all'altezza del IV e V nervo cervicale, alterazioni cui mise in rapporto con atrofie circoscritte del dorso e della mano contemporaneamente esistenti (*a*).

I risultati di queste autopsie sono così concordi che la loro importanza nello stabilire la patogenesi dell'emiatrofia facciale è di gran lunga superiore a qualunque argomentazione contraria tratta da considerazioni fisiologiche o da ricerche sperimentali. Non posso trattenermi dall'insistere soprattutto sulla perfetta concordanza che nel caso di Mendel esisteva fra l'alterazione del midollo spinale e la presenza di atrofia del tronco e dell'arto superiore come quella che è singolarmente favorevole al concetto patogenetico sopraccennato.

(*a*) Sciamanna riferisce pure un'osservazione di Pescarolo confermativa dei reperti di Mendel ed Hómen perchè l'autopsia rivelò l'esistenza di un colesteatoma che avviluppava il ganglio del Gasser ed aveva provocato nevrite interstiziale diffusa del trigemino.

Di fronte a questi risultati positivi ottenuti da questi due autori non è inutile ricordare come i casi di Selligmüller, di Möbius e di Nicati, i soli nei quali, a mia cognizione, sembra che abbia preceduto un trauma del simpatico, non presentavano che un'insignificante riduzione di volume della faccia ed appena si possono fare rientrare nella casistica della malattia. L'infermo di Möbius non si era nemmeno accorto della ipotrofia emifacciale; e questo autore fa osservare che dessa è clinicamente del tutto diversa dalla vera emiatrofia facciale; in quanto che le lesioni del simpatico non sono accompagnate che da una leggera scomparsa del pannicolo adiposo, come può accadere dopo alcuni giorni di nutrizione insufficiente, e manca in esse del tutto quel carattere progressivo, quella partecipazione di tutti i tessuti che dà un suggello tutto particolare alla forma morbosa di cui ci occupiamo.

2° Parecchi dei disturbi notati come proprii dell'emiatrofia facciale si osservano parimente in una malattia di origine indubbiamente centrale, come la tabe. L'emiatrofia della lingua è un fatto tutt'altro che raro in questa forma morbosa e rappresenta del pari uno dei fenomeni più costanti dell'emiatrofia facciale. La caduta dei denti, il riassorbimento delle arcate dentarie, le atrofie dei muscoli masticatori, le anestesie parziali dei territori innervati dal trigemino, i disturbi della secrezione lagrimale sono fatti notissimi nella storia della tabe e si è generalmente d'accordo nel ritenerli conseguenza di alterazioni nel sistema del V paio, opinione che ha ricevuto pure la sanzione anatomica, perchè fu ripetutamente accertata, nei casi di questo genere, la degenerazione soprattutto della radice ascendente e del nucleo sensitivo di tal nervo.

Ma indipendentemente da questi fatti distrofici isolati, la massima importanza deve attribuirsi, a mio avviso, alla circostanza che tutta l'intera sindrome " emiatrofia facciale " può presentarsi nel corso della tabe stessa, della sclerosi multipla, della paralisi progressiva, della siringomielia, di malattie cioè che si accompagnano tutte a così profonde alterazioni dell'asse cerebro-spinale. L'associazione con la tabe dorsale e con la sclerosi multipla cerebrale è stata segnalata da Jolly; con la demenza paralitica da Graff.

Per la siringomielia esistono, che io sappia, 4 osservazioni che appartengono a Graff, Chavanin, Schlesinger, Déjérine, Miraillé (*a*).

Questi ultimi autori si mostrano veramente proclivi a considerare nel loro caso l'emiatrofia facciale come l'effetto di una lesione del simpatico, soprattutto insistendo sopra i disturbi vasomotori e pupillari contemporaneamente esistenti. Parmi assai più semplice, data anche l'esistenza di una paralisi della corda vocale dello stesso lato, considerare tale successione morbosa come l'effetto di un'invasione del bulbo da parte del medesimo processo morboso già esistente nel midollo spinale.

In favore dell'origine centrale della malattia depongono pure le osservazioni di Schlesinger, Marie e Marinesco. Nell'infermo studiato dal primo di questi autori, in cui esisteva paralisi della corda vocale, dell'abducente, ecc., trattavasi evidentemente di un'affezione basilare, e come tale giustamente l'A. la interpreta. Nel caso di Marie e Marinesco all'emiatrofia della faccia si accompagnavano atrofia della spalla, dell'arto superiore e paralisi oculari. Sebbene gli autori dichiarino tale malattia un'affezione del simpatico, io veggo invece in questa moltiplicità di alterazioni cerebrali e spinali un argomento assai valido in favore dell'origine centrale della malattia.

(*a*) In una recente pubblicazione di Th. Hitzig (Ein Fall von vorwiegend bulbärer Syringomielie; *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.*, Bd. IX) trovasi segnalata l'*emiipertrofia della faccia* durante l'evoluzione di una siringomielia bulbare.

Piuttosto che dividere l'emiatrofia facciale in sottogruppi caratterizzati dalla presenza o no di certi sintomi, si possono separare, tenendo conto delle osservazioni citate da ultimo, quei casi in cui la detta sindrome costituisce da sola tutto il quadro morboso, da quegli altri nei quali rappresenta un semplice episodio nell'evoluzione di un quadro morboso più complesso; senza peraltro che sia necessario di ritenere che la patogenesi di queste due classi sia profondamente diversa. Per meglio chiarire tale concetto giova paragonare l'emiatrofia facciale all'oftalmoplegia cronica progressiva. Questa ultima malattia, come la prima, si può, non vi ha dubbio, verificare in modo del tutto indipendente e costituire un'affezione autonoma che presenta una evoluzione tutta sua propria e caratteri clinici speciali. Ma molte volte essa prelude ovvero fa seguito ad altre malattie più estese del sistema nervoso centrale, fra cui primeggiano la tabe, la paralisi progressiva e la polioencefalomielite. Come del resto è accaduto per la oftalmoplegia cronica, non è escluso che anche per l'emiatrofia facciale osservazioni più numerose ed accurate facciano riconoscere che la presenza di sintomi a carico di altre parti del sistema nervoso sia più frequente di quello che finora fu notato. Ad ogni modo, avere segnalato tali punti di contatto con altre e meglio note malattie non sarà inutile a determinare con più esattezza il posto che spetta all'emiatrofia facciale in una classificazione delle affezioni del sistema nervoso.

Non vi è dubbio che anche il concetto da me sostenuto, secondo il quale l'emiatrofia facciale rientrerebbe fra le affezioni del tronco cerebrale, lascia tuttora molti punti oscuri sulla patogenesi di tale malattia. Nevriti del V od alterazioni centrali di tal nervo, del facciale, ecc., si osservano isolatamente o nel corso della tabe relativamente spesso, mentre è assai rara l'associazione con l'emiatrofia facciale. E quindi mestieri di riconoscere che sono necessarie per provocare questa particolare sindrome condizioni del tutto speciali vuoi di natura, vuoi di sede, di cui, nello stato attuale della scienza, non possiamo dare alcun concetto. E bene a questo proposito ricordare che per la produzione dei disturbi trofici nei territori innervati dal V non basta la semplice abolizione dell'influenza nervosa, nemmeno quando venga asportato il ganglio di Gasser come fu già molte volte fatto anche nell'uomo, nella cura di inveterate nevralgie del V nervo. I disturbi trofici (probabilmente in ogni territorio del corpo) rappresentano perciò un pervertimento, non già una soppressione dell'influenza nervosa e richiedono per manifestarsi la presenza di modificazioni patologiche finora del tutto sconosciute.

Si conoscono nella letteratura e furono già ricordati alcuni casi nei quali l'emiatrofia facciale fece seguito ad emiplegia di origine evidentemente cerebrale (corticale o capsulare). Tali sono le osservazioni di Parry e di Pissling. Probabilmente nel medesimo gruppo va collocato un caso descritto da Miller, nel quale sebbene l'emiatrofia facciale si presentasse come primo fatto, fu però seguìta da un' epilessia sensitiva jacksoniana ed altri fenomeni evidentemente centrali. E chiaro che in questi casi, i quali debbono collocarsi fra quelle emiatrofie che ho chiamato episodiche, la sede della lesione anatomica è diversa da quella designata per le forme idiopatiche. Questo fatto non può in alcun modo sorprendere, inquantochè non è nuovo in neuropatologia che disturbi del tutto identici possono aversi per lesioni in sedi diversissime. Per il caso speciale di cui ci occupiamo, non mancano fatti del tutto analoghi nella patologia nervosa e li troviamo appunto nel comportamento della nutrizione dei muscoli negli arti colpiti da una paralisi cerebrale. E noto infatti che l'atrofia muscolare accompagnata da caratteri degenerativi non si verifica

se non per lesioni delle colonne grigie anteriori del midollo spinale, laddove le paralisi di origine cerebrale si accompagnano ordinariamente solo ad una scarsa diminuzione di volume delle masse muscolari, dovuta all'inazione. Ma in alcuni rari casi si è veduto anche in queste condizioni svolgersi un'atrofia degenerativa dei muscoli con caratteri del tutto identici a quelli osservati nella atrofia muscolare progressiva. Qualunque sia l'interpretazione che si voglia dare di questi casi, attribuirli cioè ad una propagazione insolita del processo degenerativo grossolano dal neurone cortico-spinale al neurone spino-muscolare, ovvero ammettere una lesione più fina di ordine cosidetto dinamico-trofico (Marinesco) delle corna anteriori, è certo ad ogni modo che i casi di emiatrofia facciale per le lesioni che hanno sede al disopra dei nuclei bulbari rientrano nella medesima categoria di fenomeni e sono suscettibili della medesima interpretazione. Pertanto questi casi, ben lungi dall'essere contrari al concetto patogenetico suesposto, ne sono anzi confermativi e rappresentano un anello di congiunzione fra l'emiatrofia facciale ed altre forme morbose apparentemente disparate.

Vedemmo esistere dei casi in cui l'emiatrofia della faccia si accompagnò alla sclerodermia, o ad alterazioni della tiroide, malattie che da alcuni autori vengono fatte rientrare nella patologia del simpatico: questo fatto potrebbe invocarsi a favore della genesi simpatica anche dell'emiatrofia facciale. Prescindendo dalla considerazione, già fatta di sopra, che tale genesi per le suddette malattie è tutt'altro che dimostrata, trovo appena necessario di far notare che simili associazioni non costituiscono alcun argomento vuoi favorevole, vuoi contrario a nessuna dottrina sulla natura dell'emiatrofia facciale. Dette associazioni si verificano, a quanto sembra, senza alcuna legge speciale, fra malattie nervose di origine diversissima, e stanno semplicemente ad indicare una speciale predisposizione del soggetto.

La diagnosi dell'emiatrofia della faccia è in generale assai facile, almeno quando la malattia è avanzata, e non offre difficoltà di sorta; può tutt'al più confondersi a prima vista con qualche forma di atrofia muscolare cosidetta miopatica con partecipazione della faccia o con paralisi facciali di antica data e pervenute ad esito. L'anamnesi ed un esame un poco accurato del soggetto bastano per evitare simili errori grossolani. Lo stesso vale per le asimmetrie un po' spiccate della faccia, che ad un osservatore inesperto possono dare l'illusione di una emiatrofia. Nei primordi della malattia, quando non si sono manifestati che dolori nevralgici od eruzioni o macchie circoscritte, la diagnosi può invece essere del tutto impossibile, e il probabile sviluppo della malattia può essere solo sospettato come una lontana eventualità. Un punto dove è necessario essere cauti è nell'escludere ogni altra malattia del sistema nervoso, perchè vedemmo che l'emiatrofia facciale può presentarsi, per quanto di rado, anche nel corso di una tabe, di una paralisi progressiva, ecc. Anche qui è solo un'anamnesi esatta ed un esame completo dell'infermo che farà evitare simili errori.

La prognosi della malattia è notoriamente favorevole, inquantochè la emiatrofia facciale, per se stessa, non costituisce un pericolo per la vita. Per altro la possibilità che essa faccia parte del quadro di una tabe o di una paralisi progressiva deve sempre tenersi presente e quindi non si può abbastanza raccomandare un esame completo del sistema nervoso prima di pronunciarsi a questo riguardo. La forma morbosa in se stessa è per altro

inguaribile, e si hanno solo rari casi nel quale essa parve parzialmente recedere.

Non si conosce alcuna *cura* capace di arrestare il corso dell'emiatrofia facciale. I disturbi nevralgici, gli spasmi e le atrofie muscolari, ecc., possono richiedere una cura sintomatica, la quale si uniforma ai criteri terapeutici generalmente in uso per simili disturbi.

LETTERATURA SULL' EMIATROFIA FACCIALE

NOTA. — La raccolta bibliografica seguente è tolta dalle Memorie di Lewin e di Fromhold-Treu, coll'aggiunta delle osservazioni pubblicate dopo quest' ultimo, di quelle almeno che ho potuto raccogliere dai periodici a mia disposizione. Ho creduto di far cosa utile riportando tale raccolta bibliografica, essendo la tesi del Fromhold-Treu poco nota in Italia. Ho riordinato però detta raccolta, disponendo i nomi degli autori in ordine alfabetico. Naturalmente buone descrizioni della malattia si trovano poi in tutti i principali Trattati, che stimo superfluo di qui citare.

ADELT, Inaug. Dissert., Berlin 1862. — ANJEL, *Berliner klinische Wochenschr.*, 1877. — BÆRVINKEL, *Archiv der Heilkunde*, Leipzig 1868. — BOREL, *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1885 (3 casi). — BÆRWIGE, *British med. Journ.*, 1877. — BECHTEREW, *Vestninik psichiatrii*, ecc. 1888. — BECHTEREW, *Ibid.*, 1886. — BLUMENAU, *Vestninik psichiatrii i neuropatii*, vol. VII. — BERGER, *Arch. f. klin. Medizin*, XXII. — BERNHARD, *Centralbl. für Nervenheilk.*, 1883. — BANHAM, *British med. Journ.*, 1884. — BAUM, Inaug. Diss., Bonn 1888 (2 casi). — BECHTEREW, *Wratsch*, 1886. — BÆRWINKEL, *Deutsch. Arch. f. klin. Medicin*, 1873. — BANNISTER, *Chicago Journ. of nervous a. ment. diseases*, 1876 (2 casi). — BORGHERINI, *La Psichiatria*, anno VIII. — BUZZARD, *Trans. of the clin. Soc.*, 1874. — BRUNNER, *Petersburg. mediz. Zeitsch.*, n. 7, 1871. — BÆRWALD, Zur Casuistik der Hemiatrophia facialis progressiva; *Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde*, 1894. — BEEVOR, Right facial atrophy; *Brit. med. Journ.*, 1895. — BEREND, Adat a emiatrophia facialis Kórtanához (Contrib. alla patologia della, ecc.), Orosi Hetilap, 1894; *Neurol. Centr.*, 1895. — COURTET, *Gazette hebd. de Méd. et de Chir.*, 1876. — CAHEN, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1889. — CÉRENVILLE, *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1891. — DREYER, *Hospitalstidend*, 1890. — DEMME, *Berichte aus dem Jennerischen Kinderhospital*, Berlin 1884. — DELAMARE, *Rec. de Mém. de Méd., de Chir. et de Phar. mil.*, 1880. — DEGOLA, Pytiriasis rubra ed emiatrofia facciale; *Boll. della R. Accademia med. di Genova*, VIII, n. 3. — DÉJERINE et MIRAILLE, Contribution à l'étude des troubl. troph., etc.; *Archives de Physiol. norm. et path.*, 1895. — DILLER, A case exhibiting, ecc.; *Pittsburg Journ. of nervous and ment. dis.*, 1895. — EULENBURG, *Zeitschr. f. klin. Mediz.*, Bd. V (2 casi). — EULENBERG, KRABLER; *Zeitschr. f. klin. Mediz.*, 1882. — EPHRAIM, *Berliner klin. Wochenschr.*, 1889. — ESTOR, *Rec. de Méd.*, 1888. — EMMINGHAUS, *Deutsches Archiv f. klin. Medizin*, Bd. XI (2). — ID., *Ibidem*, Bd. XII. — FRIEDREICH, Progress Muskel Atrophie, 1873. — FLASHAR, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1880. — FRIEDENTHAL-RICHTER, *Prager medizin. Wochenschrift*, 1876. — FREMY, Étude critique de la trophoneurose faciale (4). — FROMHOLD-TREU, Die Hemiatrophia fac. progress.; Inaug. Diss., Dorpat 1893 (2*c*). — GOVSCEFF, *Archiv psichiatrii*, ecc., 1886. — GUTTMANN, *Archiv f. Psych. und Nervenkr.*, 1868. — GRAEFE (von), *Berl. klin. Wochenschr.*, 1868. — GRAFF, Inaug. Diss., Dorpat 1886. — GRAF, Ueber Gelenkerkrank., ecc.; *Beiträge zur klin. Chir.*, 1893; *Neurol. Centralbl.*, 1893. — HENTSCHEN, *Nord. med. Ark.*, 1883; *Neur. Centr.*, 1883. — HÓMEN, *Neur. Centr.*, 1890; Zur Kenntniss der Hemiatr., ecc. — HAMMOND, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, Chicago 1880. — HERZ, *Wiener med. Presse*, 1886. — HITZIG, *Berl. klin. Wochens.*, 1870. — HALLAGER, *Hospit. Tid. R.* 2, vol. V. — HERING, *Archiv. f. klin. Chir.*, 1867. — HÜTER, Inaug. Dissert., Berlin 1848. — JANKAU, *Deut. med. Wochens.*, 1891. — JOLLY, *Archiv f. Psych. und Nervenkr.*, 1872. — ID., *Neur. Centr.*, 1891. — JOSEPH, Ein Beitrag zur Kenntniss, ecc.; Inaug. Diss., Berlin 1894. — KAREWSKI, *Berl. klin. Wochen.*, 1882. — KÜSTER, *Berl. klin. Wochens.*, 1882. — KAHLER, *Prag. med. Wochens.*, 1881. — KÓLACZEK, *Deutsche mediz. Woch.*, 1876. — KAREWSKI, *Deutsche mediz. Zeit.*, 1891; Multiple exostos., ecc. — LANDE-BITOT, Essai sur l'aplasie lamineuse progressive, Paris 1870; *Arch. gén. de la Médec.*, 1870 (2 casi). — LEWIN, Ueber die

halbs. Atroph., ecc.; *Charité-Annalen*, 1884. — LASÈGUE, *Arch. génér. de Méd.*, Paris 1852. — LAMACQ, Troubles bulbaires, ecc.; *Revue de Méd.*, 1895. — LOWELL GULLAND, A case of hemiatrophy, ecc.; *Edinburgh Hospital Reports*, 1893. — MARTIN, *Oesterr.-Ung. Vierteljahrschr.*, 1887. — MURATOW, *Wratsch*, 1891. — MOORE, *Dublin Quarterly Journ.*, 1852. — MENDEL, *Berl. klin. Woch.*, 1883. — ID., Ein Fall von Hemiatr. fac.; *Berl. klin. Woch.*, 1893. — MINGAZZINI, Sopra un caso di emiatrofia progressiva della faccia; *Lo Sperimentale*, febbraio 1885. — MERZEJEWSKI e ERLITSKY, *Westnik Klinitscescoi*, ecc., 1883. — MARIE et MARINESCO, Sur un cas d'hémiatrophie, ecc.; *Bullet. et mémoires de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1895. — MEYER, *Berl. klin. Wochens.*, 1870. — MENDT, Et Tilfelde of Hemiatr. fac. progr., ecc.; *Hosp. Tid.*, 1893, rif. in *Neurol. Centr.*, 1893. — NICAISE, *Revue de Méd.*, agosto 1885. — NOTHNAGEL, *Intern. klin. Rundsch.*, 1891. — PARRY, Collection from the unpublished writings, vol. I, 1825. — PANAS, *Gazette des Hôp.*, 1869. — PREOBRAGENSKI, *Neurol. Centr.*, 1891. — PISSLING, *Zeitschr. der Gesellschaft Wiener Aerzte*, 1852 (2 casi). — PENZOLD-SPERLING, *Münch. med. Wochenschrift*, 1886; Inaug. Disser. Erlangen 1887. — POPOFF, Meditsinscoie obosrenie, 1890. — PUTZEL, *New-York med. Rec.*, 1887. — PIERACCINI, Un caso d'emiatrofia facciale progressiva; *Lo Sperimentale*, 1894. — ROSS e JUDSON BURY, *The British med. Journ.*, 1887. — ROSENTHAL, *Berl. klin. Wochens.*, 1889. — RUHEMANN, *Centralbl. f. klin. Mediz.*, 1889. — ROMBERG, Klinische Wahrnehmungen, Berlin 1851. — REPMANN, *Protocoly moskovskago fisico-med. obstscestra*. — RONA, *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1889. — ROSENTHAL, Handbuch der Diagnostik und Therapie der Nervenkr., Erlangen 1870. — ROMBERG-LEHMANN, Klinische Ergebnisse, Berlin 1746. — ROMBERG BERGSON-SCHOTT, Ibid.; Inaug. Diss., Berlin 1837 e Marburgo 1848. — ROIDESTRENSKY, *Protocoly obstscestra psichiatrii*, 1886. — SEELIGMÜLLER, *Deut. Arch. f. klin. Mediz.*, 1877 (2 casi). — ID., *Berliner klin. Wochens.*, 1870. — ID., *Berl. klin. Wochens.*, 1872. — ID., *Neuropathol. Beobacht. Festschr.*, Halle 1873. — ID., *Arch. f. Psych. u. Nerv.*, 1875. — SPITZER, *Wiener medicinische Blätter*, 1885. — SUCKLING, *British med. Journ.*, 1886. — STEWART, *The Montreal medical Journal*, January 1889. — STILLING, Spinal-irritation, Leipzig 1840. — STEINERT, Inaug. Diss., Halle 1890. — STEMBO, *Berl. klin. Wochen.*, 1888. — SACHS, *New-York med. Record*, 1890. — STORY, *Transactions of the Academy of the Medicine in Ireland*, 1893. — SOLTMANN, 44 Jahresber. des Wilhelm-Augusta Hosp. in Breslau Sep. Abdr. — SCHLESINGER, Ein Fall von Hemiatr. fac., ecc.; *Verein f. Psych. u. Neur. in Wien; Wien. klin. Wochens.*, 1896. — TANTURRI, *Il Morgagni*, 1872. — WHITESIDE HIME, *British med. Journ.*, 1876. — WILCZEK, Inaug. Diss., Greifswald 1879. — WISLON, *The Journ. of cut. med.*, 1883. — WARWFINGE, Swenska läkaresällsk förhandl, 1885. — WOLFF, *Virchow's Archiv*, 1883. — VIRCHOW, *Berlin. klin. Wochen.*, 1880 (2 casi). — VIZIOLI, Congresso dell'Assoc. med. ital. in Pavia, 1887. — VINOGRADOFF, *Meditsinscoie obosrenie*, 1884. — VOLKMANN, *Sammlung klin. Vorträge*, Leipzig 1870. — ZIEMSSEN (V.), WETTE; *Annal. des Städtl. allg. Krankenh. zu München*, Bd. II. — ZELLER, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1883. — ZAPPERT, 66 Versamml. deutsch. Naturf. u. Aerzte in Wien, 1894; *Neurol. Centralbl.*, 1894.

[In MÖBIUS, Der umschriebene Gesichtsschwund (*Spec. Path. u. Therapie* von NOTHNAGEL, Wien 1895) trovasi pure una ricca letteratura dell'argomento].

CRAMPI PROFESSIONALI

pel Dottor G. PACETTI
Docente di Neuropatologia nell'Università di Roma

Col nome di crampi professionali, o con altre denominazioni simili (neurosi professionali di coordinazione, impotenza funzionale, paralisi anapeiratica, *progressive functionial ataxy*) si suole indicare uno speciale disturbo del movimento, disturbo il cui carattere principale consiste nell'essere strettamente legato ad una determinata funzione, dimodochè i muscoli che ne sono colpiti, incapaci di una azione associata per eseguire un certo movimento, all'infuori di questo sono poi del tutto capaci di spiegare un'attività normale.

Non vi è dubbio però, che, sebbene esistano delle osservazioni nelle quali tale definizione è rigorosamente applicabile, ciononostante in un gran numero di casi di questo genere essa apparisce troppo ristretta, perchè notansi non di rado così disturbi permanenti dell'apparecchio muscolare, come la presenza di alterazioni della sensibilità, subbiettive ed obbiettive. D'altra parte esistono stati morbosi, affini nell'etiologia e probabilmente anche nella patogenesi, nei quali si osserva semplicemente lo svolgersi di una paresi dei gruppi muscolari o degli arti affaticati, ovvero di fenomeni dolorosi nel territorio dei nervi sensitivi proprî di quella regione. L'affinità di questi stati con quelli già sopraccennati è pure dimostrata dalla presenza di forme di passaggio nelle quali cioè la forma pura del crampo precede o si associa a condizioni di quest'ultima categoria. Pertanto è giustificato di comprendere tutte queste diverse forme sotto un'unica denominazione e descrivere tutti questi stati in un medesimo capitolo. Per ragioni di opportunità e sull'esempio di tutti gli autori darò una breve descrizione del crampo degli scrivani che è praticamente il più frequente e il più importante di questi disturbi e mi limiterò ad accennare solo brevemente le altre forme di crampi professionali.

La causa più comune del crampo degli scrivani è data certamente dall'eccessiva fatica per soverchio scrivere. Peraltro questa causa non sempre si può rintracciare e può, sebbene raramente, verificarsi lo spasmo anche in soggetti che non hanno mai abusato della scrittura. In questi casi ha forse importanza l'*uniformità del movimento eseguito*, trattandosi per lo più di pazienti che devono apporre la propria firma ad un considerevole numero di lettere od altri scritti. Alcune condizioni sembra, secondo l'esperienza degli osservatori più autorevoli, che favoriscano la genesi della malattia: 1° la posizione incomoda tenuta nell'atto dello scrivere; 2° il lavorio cerebrale contemporaneo; 3° le preoccupazioni e i patemi dell'animo in generale. Quasi tutti i soggetti che ne vengono colpiti presentano del resto una notevole predisposizione alle malattie nervose. Trattasi d'individui che appartengono a famiglie, nelle quali si verificarono malattie del sistema nervoso, e presentano essi stessi assai di sovente le note della costituzione neurastenica e nei quali è

facile scoprire l'esistenza contemporanea o pregressa di altri disturbi funzionali del sistema nervoso. In qualche raro caso è stato osservato lo svolgersi della malattia in più soggetti appartenenti alla stessa famiglia, i quali non tutti si affaticavano soverchiamente nello scrivere (Gallard (*a*) citato da Grasset, Gowers). Recentemente il Belmondo (*b*), basandosi sopra una propria osservazione, vorrebbe dare una certa importanza ai traumi dell'arto superiore destro e in ispecie della mano. Prima di accettare tale dottrina, sarà prudente di aspettare che essa sia confortata da una casistica più numerosa e più dimostrativa.

Il crampo degli scrivani può essere talvolta puramente di origine riflessa e provocato dalla presenza di affezioni locali del braccio o della mano (tendosinoviti, ecc.).

Infine è stata segnalata la comparsa del crampo stesso come manifestazione dell'epilessia (Féré) (*c*), dell'isteria (Lumbroso) (*d*); come pure è stato messo in rapporto con l'esistenza di una nefrite cronica (Bonnier) (*e*). È dubbio peraltro se queste forme sintomatiche possano a rigore farsi rientrare nella casistica della malattia o debbano semplicemente considerarsi come simulazioni della sindrome.

Quanto all'età, è soprattutto fra i 20 e i 40 anni che si verifica la malattia, e gli uomini ne sono colpiti molto più delle donne che fornirebbero solo il *terzo* di tutti i casi. Ambedue queste condizioni si spiegano agevolmente considerando l'etiologia dell'affezione.

Sintomatologia. — La funzione dello scrivere è il risultato complessivo di una successione di movimenti fini e graduati, che appresi in principio faticosamente sotto il controllo continuo dell'attenzione e della volontà sono in seguito divenuti automatici. Non è inutile ricordare brevemente come nella formazione delle singole lettere sono soprattutto le prime tre dita quelle che entrano in funzione. Quando il portapenne è tenuto fra il pollice e le due prima dita si eseguono a tale scopo due movimenti principali: *a*) un movimento dall'avanti all'indietro (centripeto, Morselli) (*f*). È prodotto dalla flessione delle due ultime falangi dell'indice e del medio sulla prima falange la quale si estende sul metacarpo: a tale scopo è necessaria la contrazione sinergica del flessore profondo e dell'estensore delle dita. Il pollice esegue un movimento identico, di più una lieve abduzione (lungo adduttore, lungo flessore, corto estensore; *b*) movimento dall'indietro all'avanti (centrifugo) e precisamente l'inverso del precedente, cioè estensione delle due ultime falangi dell'indice e del medio sulle prime falangi, le quali si flettono sul metacarpo, ed inoltre adduzione del primo metacarpo del pollice. Questo movimento è eseguito per le due prime dita dagli interossei e lombricali, per il pollice dal corto abduttore e dal corto flessore la cui azione è simile a quella degli interossei (Duchenne) (*g*).

(*a*) Gallard (in Grasset et Rauzier, Maladies du système nerveux, Paris 1894); Gowers, Handb. der Nervenkr.; Deutsch. Ausg., Bonn 1892.

(*b*) Belmondo, *Rivista di patol. nerv. e ment.*, 1896, fasc. 8.

(*c*) Lumbroso, *Lo Sperimentale*, 1886.

(*d*) Féré, Crampe des écrivains de nature épileptique; Société de Biologie de Paris, 1891; la *Semaine médicale*, 1891.

(*e*) Bonnier, Sur un cas de crampe professionnelle, ecc.; *Ibid.*, 1896.

(*f*) Morselli, Manuale di semeiotica delle malattie mentali, vol. II, 1894.

(*g*) Duchenne, Electrisation localisée, 3e édition, 1872.

Non mi sembra necessario di entrare in più minuti dettagli sulla fisiologia degli altri gruppi muscolari, che nell'atto dello scrivere entrano in attività; così quello dell'avambraccio destro per spostare la mano sulla linea, quelli che occorrono per fissare le due ultime dita le quali, almeno in un gran numero di casi, servono di appoggio alla mano. È evidente che date le varietà che si osservano nel modo della scrittura, evvi una certa incostanza nel modo con cui funzionano i vari muscoli dell'arto superiore. Quanto più il punto fisso attorno al quale vengono eseguiti i movimenti si sposta verso la radice dell'arto, tanto più la fatica dello scrivere è distribuita sopra un numero maggiore di muscoli e quindi è più notevole il risparmio dei muscoli della mano i quali non sono capaci che di una limitata estensione dei movimenti (5 cm.). Giustamente pertanto Gowers stabilisce la sua gradazione dei quattro modi di scrittura nei quali procedendo dal peggiore al migliore i movimenti sono circoscritti rispettivamente alle dita, alla mano, all'avambraccio, o a tutto l'arto superiore colla partecipazione dei muscoli che compongono il cingolo scapolare. Difatti nelle condizioni morbose di cui ci occupiamo è appunto a carico delle prime tre dita che si verificano di preferenza i disturbi.

Da Benedikt (*a*) in poi si ammettono in generale tre varietà di crampo degli scrittori: la forma *spasmodica*, la *tremolante*, la *paralitica*. A queste se ne deve aggiungere un'altra, la *neuralgica*.

L'inizio dei disturbi in generale è subdolo, l'evoluzione ne è lenta. Sul principio tutto si limita ad un leggero ed insolito fastidio che si rivela dopo un esercizio prolungato, ad una certa difficoltà nella speditezza dei movimenti: il portapenne tende a scivolare fra l'indice ed il medio, la punta della penna urta contro la carta. Sono leggiere e transitorie contrazioni di alcuni muscoli che avvenendo fuori di tempo interrompono il normale andamento della scrittura. Ben presto il fastidio aumenta e un vero parossismo si presenta dopo un breve esercizio, dopo poche righe, dopo poche parole, o nell'atto stesso d'impugnare la penna. Si sono perfino descritti dei casi in cui la sola idea di scrivere bastava a provocarlo. Insorge allora bruscamente per lo più un movimento di flessione spasmodica dell'indice e del pollice, più di rado un movimento di estensione. Quando l'infermo insiste nel volersi applicare alla scrittura, gli spasmi si generalizzano agli altri muscoli della mano e dell'avambraccio e non cessano se non quando venga del tutto abbandonato ogni tentativo di scrivere. Talvolta lo spasmo può cominciare da altri gruppi muscolari, per esempio, a carico delle ultime due dita, ma è raro. Colman (*b*) ha descritto un caso in cui la malattia cominciò dagli estensori della mano. Il paziente per qualche tempo si aiutava premendo la mano destra sulla carta per mezzo di due dita della sinistra (*c*).

Io stesso ho osservato la medesima forma in due pazienti. Il primo di questi infermi ha 40 anni; è attualmente sofferente da circa tre mesi. Presenta obbiettivamente oscillazioni di tutto l'arto superiore esteso, con tremore verticale rapidissimo, mentre il sinistro rimane immobile. Esame obbiettivo del resto negativo. Nello scrivere notasi un tremore, ugualmente a scosse verticali, di tutto l'arto superiore destro, specialmente della mano che viene gradatamente estesa sull'antibraccio. Per mantenere la punta della penna in

---

(*a*) Benedikt, Handb. der Elektrotherap., cit. in Erb.

(*b*) Colman, An unusual case of writers cramp; *Lancet*, 1896.

(*c*) Questo medesimo autore, basandosi sopra una vecchia incisione, crede di potere affermare che anche Voltaire sofferse di tale malattia, e precisamente a carico dei flessori della mano.

contatto col piano di scrittura l'infermo fa discendere prima il portapenne fra le dita, poi solleva l'antibraccio; da ultimo è obbligato a smettere qualsiasi applicazione. Nell'altro infermo notavasi che, per ovviare agli effetti del crampo degli estensori della mano, fin dalla prima linea l'avambraccio si sollevava lentamente dal piano del tavolino piegandosi ad angolo retto sul polso, sicchè da ultimo egli veniva a scrivere tenendo tutto l'arto sollevato e appoggiando soltanto le dita. In questa incomoda posizione riusciva tuttavia a prolungare per un tempo notevole la scrittura.

L'atto dello scrivere diviene da ultimo del tutto impossibile; i caratteri tracciati sono completamente inintelligibili, e consistono in una accozzaglia di segni profondamente calcati e riuniti da filetti tortuosi irregolarissimi. Di quando in quando, l'urto della penna contro la carta dà luogo a spruzzi d'inchiostro tutt'attorno alle parole. Per ragioni facili a comprendere, la scrittura ricorda assai da vicino, in parecchi casi, quella tracciata da una mano rozza ed inesperta, i primi tentativi di scrivere di un adulto.

L'accesso di crampo è accompagnato quasi sempre da fenomeni dolorosi, lievi dapprima e limitati alle piccole articolazioni dell'indice e del pollice, poi estesi al polso, all'avambraccio ed alla cintura scapolare, nel medesimo tempo che la loro intensità si accresce fino ad un grado intollerabile. Anche nei casi più leggeri gl'infermi notano con molta frequenza la manifestazione di parestesie (formicolio) anche queste a preferenza nelle prime due dita.

La forma *tremolante*, dovuta a piccoli spasmi clonici dei muscoli della mano, è forse meno rara di quello che afferma Gowers. In tale forma la scrittura è piuttosto a zig-zag, e negli stadi avanzati le deformazioni dei caratteri non sono meno gravi che nella precedente.

Nella forma *paralitica* trattasi di un vero stato paretico di alcune dita, esteso poi alla mano ed all'avambraccio, che insorge nei tentativi di scrivere ed ha per effetto anch'esso di rendere impossibile al paziente qualsiasi tentativo di scrivere.

La forma *nevralgica* di rado si presenta in forma pura, per lo più è associata alla spastica. In essa i fenomeni dolorosi sono quelli che dominano il quadro morboso, e i disturbi del movimento sono quasi esclusivamente determinati dal dolore o insorgono per via riflessa. Riferisco brevemente per il suo interesse la seguente osservazione personale.

Un impiegato poco più che trentenne dopo poco tempo che scriveva era preso da un forte dolore lungo la regione ulnare dell'antibraccio al tempo stesso che le dita si allontanavano dalla penna (spasmo dell'estensore). Fu eseguito allora nella nostra clinica chirurgica lo stiramento dei nervi dell'arto superiore nella regione interna del braccio in prossimità dell'ascella. A questa operazione seguì una polineurite dell'arto stesso, accompagnata da notevoli atrofie muscolari anche di tutti i muscoli della mano. La polineurite cedette ad un trattamento prolungato e l'infermo ha dopo di ciò riacquistato completamente la capacità di scrivere. È degno di nota che il tentativo di scrivere con la mano sinistra dette luogo a disturbi dello stesso genere, anche da questo lato.

È notevole l'influenza che lo stato psichico dell'infermo esercita sulla genesi e sull'evoluzione dell'accesso di crampo. Quanto maggiormente essi dirigono la loro attenzione sull'atto che stanno per compiere, sulle difficoltà che trovano, in generale tanto maggiori e più evidenti divengono i disturbi. Talvolta si vede sorgere, in seguito agli inani tentativi di vincere lo spasmo, un vero stato d'irritabilità e di ansia, che in parte è giustificato dall'importanza pratica

che ha la malattia per la maggior parte dei pazienti, in parte però devesi considerare come una reazione psichica abnorme, che ha le sue radici nella costituzione nevrastenica dei pazienti.

La pura forma di crampo degli scrittori, quella cioè nella quale tutti i disturbi si presentano esclusivamente durante l'atto dello scrivere, mentre qualunque altro movimento è possibile in modo perfetto, è in fondo assai rara: peraltro se ne conoscono esempi, e quasi tutti gli autori ne citano qualcuno. Ma per lo più procedendo ad un esame accurato del sistema nervoso si avvertono anomalie permanenti più o meno gravi, a carico dell'arto superiore destro.

Così molto frequente è il caso che anche altri movimenti, a preferenza i fini movimenti della mano, siano resi difficili da disturbi simili a quelli provocati dalla scrittura. La forza di pressione della mano può essere diminuita. Talvolta si osservano tremori, per lo più bilaterali (Gowers) delle mani estese, ma anche limitati all'arto ammalato. Può perfino, sebbene assai raramente, verificarsi una lieve atrofia di uno o più muscoli. L'eccitabilità elettrica è per lo più inalterata; talvolta aumentata nei primordi della malattia per diminuire negli stadî più avanzati. L'aumento dell'eccitabilità elettrica è talvolta esteso a tutti i muscoli dell'avambraccio e può rappresentare un segno dell'aumentata attività dei medesimi (Benedikt) (*a*). Le alterazioni della sensibilità sono per lo più subbiettive; anche nello stato di completo riposo può persistere un certo indolenzimento a carico delle prime due dita, dell'articolazione del polso o di tutto l'arto superiore, esteso ai muscoli del cingolo scapolare. Spesso esistono punti dolorosi sull'avambraccio, sull'omero, sulla regione scapolare. In generale merita pure in tutti i casi di crampo professionale, di rivolgere l'attenzione a tutto il sistema nervoso. Trattandosi per lo più, come si è ripetutamente detto, d'individui a spiccata costituzione neuropatica, è frequente riscontrare in questi soggetti svariate anomalie somatiche e psichiche: tic, tremori, emotività, ecc.

Prima di parlare della patogenesi del crampo degli scrivani ricorderò brevemente le forme affini che si trovano descritte nella letteratura. Tutte queste forme, come il crampo degli scrivani, possono dividersi in tre categorie: i crampi, le paresi, le neuralgie professionali.

Non vi è forma di attività abituale che non possa dar luogo a crampi professionali. Fra i più frequenti trovasi segnalato il crampo dei violinisti e dei pianisti. Nei primi colpisce a preferenza la mano sinistra. Vizioli e Palma (*b*) hanno descritto in un suonatore di violino una forma singolare di contrattura funzionale permanente iniziatasi con gravi fenomeni generali a carico del sistema nervoso e seguìta da disturbi trofici nei muscoli colpiti dalla contrattura. Sul crampo dei pianisti esiste un'accurata memoria di Poore (*c*). Secondo questo autore, ciò che differenzia il crampo dei pianisti da quello degli scrittori è che nel primo i sintomi della malattia appariscono in molte altre occupazioni; vedemmo però come lo stesso fatto si verifichi anche nel grafospasmo. Poore attribuisce molta influenza alla posizione incomoda delle dita (estensione delle due prime falangi e flessione della terza) e al sovraffaticamento portato dalla lunga durata dell'esercizio. Malgrado ciò la malattia

---

(*a*) *Wiener mediz. Presse*, 1897.

(*b*) Vizioli e Palma, Caso singolare di contrattura funzionale permanente; *Giornale di Neuropatologia*, 1882.

(*c*) Poore, Writers cramp, ecc.; *The Practitionner*, vol. X e XI; inoltre *Lancet*, 1887 e *Brain*, 1883.

è relativamente rara e si presenta 8 volte meno spesso del crampo degli scrittori.

Turner (*a*) ha pure descritto uno spasmo in un suonatore di cornetta, osservazione notevole perchè il paziente provava tale disturbo solo quando il direttore di orchestra batteva il segnale; in casa invece era perfettamente capace di eseguire i movimenti corrispondenti della lingua. È pure notevole che i disturbi miglioravano coll'esercizio. È dubbio pertanto se questo caso appartenga veramente alla categoria degli spasmi professionali. Questi suoi caratteri sembrano piuttosto ravvicinarlo a quei disordini di movimento di origine emozionale, dei quali anche Féré ha descritto un esempio che ricorderò fra poco.

Non farò che enumerare le altre forme più comuni di crampo professionale che sono: il crampo dei telegrafisti, delle sigaraie, dei ballerini, delle cucitrici, dei sarti, delle mungitrici di latte, dei segatori (Poore), dei barbieri (Marina) (*b*), dei tessitori (Edel) (*c*). Duchenne e Weir-Mitchell (*d*) descrivono parecchie altre forme rare e singolari sulle quali non è qui il caso d'insistere.

Il capitolo delle paresi professionali è stato trattato in modo assai completo da Schäfer (*e*); trattasi in fondo di disturbi del tutto analoghi a quelli notati nella forma paralitica del crampo degli scrittori e possono esserne colpiti individui dedicati alle più diverse professioni. In parecchi casi trattasi di forme miste, di spasimi cioè e di paralisi, ovvero la paralisi congiunta all'atrofia può presentarsi in uno stadio più avanzato della malattia. Così nel caso dei tamburini citato da Bruns (*f*) (prima spasmo, poi paralisi ed atrofia del lungo estensore del pollice). Altre volte la paralisi si svolge in modo primitivo: citerò ad esempio la mogifonia (paralisi delle corde vocali nei cantanti, Fränkel) (*g*). Meno studiate sono le forme di *nevralgie professionali pure*, forme dolorose cioè non associate a qualcuno degli altri disturbi sopra menzionati (crampi o paralisi). Gowers riferisce un caso da lui osservato in un litografo. Sciamanna (*h*) ne comunica due osservazioni una di un pianista, l'altra di un violinista. Io stesso ho avuto occasione di osservare tali disturbi in un telegrafista, nel quale avere cambiato l'applicazione dall'apparecchio Morse all'Hugues non giovò che in modo transitorio. Sopra siffatti disturbi hanno richiamato l'attenzione soprattutto Remak (*i*) e Bernhardt (*j*). Il primo ha più volte osservato in lavoratori dediti a lavori grossolani ed uniformi quelli che egli chiama dolori da lavoro (*Arbeitsschmerzen*) i quali, per l'esistenza della dolorabilità alla pressione di certi determinati punti possono essere dovuti unicamente ad irritazione periostea. Questi dolori, che da principio si presentano durante il lavoro, poi anche negli intervalli e possono da ultimo ostacolare in tutto ogni occupazione, si diffondono per lo più lungo il lato estensorio dell'antibraccio fino all'articolazione della mano e cedono ad un trattamento opportuno solo quando si abbandoni il lavoro. Bernhardt ha poi descritto una forma dolorosa ora spontanea, ora alla pressione dell'epicon-

---

(*a*) Marina, Crampi professionali nel *Trattato italiano di patologia e terapia medica*, Milano, vol. II.

(*b*) Turner, A case of Cornet, ecc.; *The Lancet*, 1893.

(*c*) Edel, Ueber Zwei eigenartige Krampfformen; *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1895.

(*d*) Weir-Mitchell, Des spasmes fonctionnels; *Progrès médical*, 1877.

(*e*) Schæfer, Ueber Arbeitsparesen, Inaug. Diss., Berlin 1890.

(*f*) Bruns, Zur Pathologie der Trommler-Lähmung; *Neur. Centralbl.*, 1891 e 1892.

(*g*) Fraenkel, Ueber die Beschäftigungsschwäche der Stimme; *Deutsch. mediz. Wochenschr.*, 1887.

(*h*) Sciamanna, Resoconto dell'ambulatorio, ecc.; *Il Policlinico*, 1895.

(*i*) Remak, Beschäftigungsneurosen, in Eulenburg's, *Real-Encyclopädie*, Bd. III, Dritte Auflage.

(*j*) Bernhardt, Ueber eine wenig gekannte Form ecc.; *Neurol. Centralbl.*, 1896.

dilo laterale dell'omero, dolore che si estende lungo il lato estensorio dell'avambraccio fino nell'articolazione della mano, e fino alle dita. I disturbi si verificano soprattutto nella chiusura della mano, e quindi vengono ostacolate notevolmente la formazione del pugno e la prensione degli strumenti (anche della penna). Durante il riposo il dolore non esiste quasi affatto; esso si manifesta ovvero si rinforza quando la mano destra viene adoperata per il lavoro. Nei casi di Bernhardt trattavasi quasi esclusivamente di uomini (U. 27, D. 3) e per lo più al disopra dei 30 anni. Le professioni erano diversissime. La causa era per lo più la fatica eccessiva; peraltro egli ha notato l'influenza nociva del freddo o di qualche trauma.

Sulla *natura* del crampo degli scrivani e dei crampi professionali in genere si è molto discusso, nè si è finora pervenuti ad un vero accordo. Prescindendo per ora da quelle forme di simulazione di tale sindrome per isteria od epilessia, ovvero di origine riflessa, i quali a rigore può dirsi che non appartengono al quadro di cui ci occupiamo, la maggioranza degli scrittori è proclive a ritenere la malattia di origine centrale e ricorre ad un disturbo di funzione della corteccia o dei centri spinali ove si elaborano i movimenti necessari alla scrittura. Altri, in minor numero e meno autorevoli, vorrebbero considerarla di origine periferica.

Non è certamente qui il posto di entrare in una discussione ed una critica minuta di tali teorie. Mi limiterò pertanto a fare osservare come probabilmente ambedue le dottrine pecchino per soverchio esclusivismo. La circostanza che la mano sinistra e perfino gli arti inferiori possono successivamente cadere ammalati non ha, a mio avviso, un grande valore quando si pensi che la predisposizione del sistema muscolare a questa speciale forma morbosa può essere ugualmente invocata, come quella dei centri nervosi, per spiegare la tendenza della malattia a propagarsi successivamente a tutti i territori muscolari che vengono chiamati in attività. D'altra parte l'ipotesi del Gowers, che spiega le forme nevralgiche del pari come la manifestazione di una lesione centrale, non apparisce molto giustificata, quando si pensi che spesso la forma dolorosa colpisce esattamente il territorio di un determinato nervo, per esempio l'ulnare, mentre noi sappiamo che nelle lesioni organiche o funzionali della corteccia le alterazioni della sensibilità negli arti sono distribuite a preferenza per segmenti. L'affermazione di Poore, che quantunque gli ammalati possano eseguire altri movimenti che lo scrivere, i muscoli che essi impiegano in questi movimenti sono diversi da quelli destinati alla scrittura, è certamente inesatta sotto questa forma. Si può però osservare che negli altri movimenti i muscoli stessi sono quasi sempre associati ad altri muscoli che non prendono parte all'atto dello scrivere ed è quindi assai difficile notare i disturbi permanenti di funzione quando sono ancora lievi. D'altra parte vedemmo come i casi di questo genere sono quasi rarità, e che per lo più molti altri movimenti sono pure disturbati sebbene in grado minore. L'influenza delle condizioni periferiche si rivela pure in più circostanze. Lievi modificazioni della grandezza e della natura stessa del portapenne bastano talvolta a modificare per quanto temporaneamente, il crampo degli scrittori. Il fatto stesso che successi terapeutici non indifferenti si sono ottenuti col massaggio, colle applicazioni elettriche locali, e, nel caso che fu da me segnalato, collo stiramento dei tronchi nervosi, non possono spiegarsi se non facendo alle alterazioni periferiche una parte più larga di quello che si è proclivi comunemente ad ammettere. Anche Benedikt (*a*) ha recentemente

(*a*) *Wiener mediz. Presse*, 1897.

sostenuto concetti assai simili, almeno per un gruppo di neurosi professionali, affermando che esse si iniziano talvolta con uno stato irritativo e doloroso dei tendini, capace di esser vinto dalle iniezioni locali di acido fenico.

Non tutti gli argomenti addotti per combattere la presenza di lesioni periferiche hanno dunque, se bene esaminati, un valore assoluto. Si è a parer mio troppo trascurata la circostanza che l'apparecchio nerveo-muscolare è così strettamente unito dal punto di vista anatomico, fisiologico e patologico che difficilmente può concepirsi, in una malattia tanto legata alla funzione, l'ammalarsi esclusivo delle parti centrali. In tale concetto sono pure confermato dalla esistenza di quelle forme, che ho brevemente ricordato, di semplici nevralgie e paresi professionali nelle quali la predominanza di fatti periferici è più palese, mentre l'affinità colle forme più pure di crampi professionali è dimostrata dall'esistenza di numerose forme miste o combinate, le quali non permettono di tracciare un confine netto fra le due categorie.

Io sono però lungi dal negare la parte cospicua che prendono anche i centri alla genesi della malattia, la quale secondo me si svolge contemporaneamente nelle varie sezioni dell'apparecchio, solo colpendo l'una o l'altra con intensità variabile.

Infatti, oltre gli argomenti comunemente addotti in favore di un disturbo centrale, anche altri se ne possono segnalare, e in primo luogo la circostanza che in alcuni e rari casi basta la sola idea di scrivere per provocare il crampo professionale. Se si ricorda che, secondo l'opinione più accettata, l'idea di un movimento è accompagnata da quelle stesse modificazioni centrali che, più intense, si traducono in un movimento visibile, non si potrà disconoscere quanta importanza abbiano queste osservazioni per interpretare rettamente la patogenesi degli spasmi professionali. Nello stesso senso depone l'esistenza di simulazioni isteriche del crampo professionale o la sua comparsa come pura manifestazione epilettica. Infine le stesse osservazioni nelle quali in seguito a lesioni periferiche (tendosinoviti) si svolge una sindrome del tutto analoga allo spasmo classico degli scrivani, dimostrano una volta di più quanta parte spetti ai centri nervosi nella patogenesi della malattia la quale in queste circostanze è certamente di origine riflessa.

Fra le forme morbose che hanno affinità nosografica coi crampi professionali, è citata da alcuni autori la malattia di *Thomsen;* peraltro non potei scorgere fra le due forme molta analogia, inquantochè nella malattia di Thomsen il disturbo, che è massimo nell'inizio dei movimenti, va man mano diminuendo coll'esercizio e cessa del tutto dopo breve tempo. Non si può ravvicinare a questo quadro se non il solo caso, citato più sopra, di Turner, relativo ad un suonatore di cornetta, nel quale i sintomi miglioravano dopo qualche tempo di esercizio. Invece una stretta parentela esiste indubbiamente fra i crampi professionali e quei rari casi di aftongia che sono finora registrati nella letteratura neuropatologica. In quest'ultima forma morbosa le contrazioni spasmodiche nel territorio dell'ipoglosso si manifestano ad ogni tentativo di parlare, e rendono assolutamente impossibile quest'atto. Anche qui troviamo notata l'influenza delle emozioni, e la storia di uno di questi infermi raccolta da Panthel (*Deutsche Klinik*, 1855), e riportata da Kussmaul, ricorda assai davvicino l'osservazione di Gowers, perchè in ambidue questi casi si ebbero a notare recidive, conseguenza di patemi dell'animo.

La diagnosi degli spasmi professionali e delle forme affini si fa per lo più facilmente, dato il loro carattere fondamentale di essere legati ad una

determinata funzione. Peraltro non si può mai abbastanza raccomandare un esame completo dell'arto colpito (tendini, aponevrosi, ossa, tronchi nervosi) allo scopo di accertare od escludere la presenza di qualche alterazione locale che può essere il punto di partenza della forma morbosa o rivestirne qualcuno dei caratteri. Non sarà difficile neanche scoprire le simulazioni isteriche della malattia, vuoi per i precedenti, vuoi per la presenza di stigmate, o infine per certi speciali caratteri (cause occasionali, inizio improvviso, decorso saltuario). Non dovrà infine trascurarsi l'esame generale così del sistema nervoso, come di tutti gli altri organi, potendo scaturirne criteri terapeutici preziosi (epilessia (Féré), nefrite (Bonnier, Marina).

Ricorderò come Séglas (*a*) ha descritto un caso di pazzia del dubbio che simulava il crampo degli scrivani; e Féré ha recentemente riferito la storia di una " disgrafia emozionale „ (*b*), la quale si iniziò come semplice difficoltà a scrivere davanti ad estranei e che si distingueva dal grafospasmo perchè cessava colla ripetizione dello sforzo (V. sopra l'osservazione di Turner). È dubbio se questo disturbo sia così profondamente diverso dal crampo degli scrivani come vuole l'autore: ad ogni modo è opportuno considerare separatamente siffatti stati dei quali è anche diversa la prognosi e la cura.

La **prognosi** della malattia come tale è generalmente sfavorevole, il che è tanto più grave in quanto che essa colpisce generalmente quel genere di attività a cui il paziente deve il proprio sostentamento. Meno sfavorevole è il decorso di quei casi nei quali può rintracciarsi un'affezione locale come punto di partenza della malattia. Anche la possibilità di sottrarsi per un tempo prolungato a qualsiasi esercizio deve prendersi in considerazione. Infine, le forme nevralgiche sembrano meno delle altre ribelli al trattamento.

Da tutto ciò che ho detto risulta come fino ad un certo punto è possibile la *profilassi* dei crampi professionali, la quale deve prendere di mira tutte quelle condizioni le quali vedemmo esercitare una certa influenza sulla genesi della malattia. Quindi è opportuno che le persone le quali devono scrivere lungamente si uniformino a quel modo di scrittura il quale, secondo l'esperienza (Gowers), è meno capace di affaticare l'apparecchio muscolare, e procurino di evitare le posizioni incomode, e di accordare ai muscoli affaticati intervalli di riposo sufficiente. Infine tutti quei provvedimenti che possono corroborare il sistema nervoso, data l'influenza dello stato generale sullo sviluppo della malattia, possono considerarsi come misure profilattiche contro di essa e rientrano del pari nella *terapia* dell'affezione.

In generale i vari *rimedi interni* hanno poca efficacia contro la malattia e si possono solo tentare in via sintomatica. Viene lodato da alcuni contro la forma tremolante l'uso della *solanina* e dell'*atropina*. Secondo la mia esperienza ambedue queste sostanze non avrebbero tutto al più che un effetto transitorio.

I migliori risultati si ottengono anzitutto dal riposo che quando è prolungato per un tempo sufficiente può essere seguìto in vari casi, dalla completa guarigione, e quasi sempre da un miglioramento più o meno notevole. Disgraziatamente non sempre gl'infermi possono, per la loro posizione sociale, rassegnarsi a questa misura. Si può consigliare in ogni caso di apprendere a scrivere con la mano sinistra, perchè sebbene talvolta si veda la malattia manifestarsi

(*a*) Séglas, Un cas de folie du doute simulant la crampe des écrivains; *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1890.

(*b*) Féré, Dysgraphie émotionnelle; *Comptes rendus de la Société de Biol.*, 14 dicembre 1896.

anche da questa, la frequenza di tal fatto è stata esagerata, ed in parecchi casi si raggiunge il doppio risultato di procurare alla destra un riposo sufficiente e di non privare il paziente di un'occupazione spesso necessaria.

Buoni risultati si ottengono pure, in un certo numero di casi, dal massaggio e dalla ginnastica medica, attiva e passiva. Questo metodo è stato popolarizzato da Wolff, e corre col suo nome; ma in realtà Erb (*a*) l'ha preconizzato fino dal 1874. Il massaggio deve comprendere così i muscoli come i fasci nervei dell'estremità ammalata ed essere fatto sempre in direzione centripeta e con molta cautela. La ginnastica medica deve comprendere i vari movimenti di tutti i segmenti dell'arto superiore ed essere eseguita 2-3 volte al giorno per la durata di 20-45 minuti. Come cura consecutiva Schott (*b*) raccomanda le doccie alla Esmarch.

Anche l'elettricità viene da molti vantata come un efficace trattamento dei crampi professionali. Sembra che la sua azione sia soprattutto favorevole nelle forme prevalentemente nevralgiche. Anche qui troviamo raccomandate le forme più svariate delle applicazioni elettriche; la corrente galvanica e la faradica, correnti deboli e correnti tetanizzanti. Se esistono punti dolorosi può tentarsi l'applicazione dell'anode sopra di essi. Ghilarducci (*c*) ha proposto un metodo di cura mediante l'elettricità la cui minuta descrizione esce dai limiti del presente lavoro. Infine parecchi infermi traggono vantaggio dall'uso di certi compensi meccanici che possono essere svariatissimi. Anzitutto l'uso di grossi portapenne di sughero sembra che modifichi talvolta favorevolmente la scrittura. Molti pazienti ricorrono istintivamente alla compressione che esercitano colla mano sinistra sulle dita o sul dorso della mano destra (soprattutto nel crampo degli estensori della mano). Altri si fanno fasciare strettamente il polso. Tra i vari apparecchi immaginati per correggere meccanicamente lo spasmo ricorderò soltanto il braccialetto di Nussbaum (*d*). È una specie di portapenne che viene guidato dagli estensori ed abduttori, quindi è indicato nei casi di spasmo dei flessori ed abduttori. È una lista di guttaperca larga 3 cm. e spessa 2-3 mm.; il paziente v'infila le dita, meno il mignolo; il portapenne viene fissato al braccialetto stesso.

Quando si può rintracciare un'alterazione locale come causa della malattia, la cura deve essere diretta ad allontanarla.

In quei casi nei quali può dimostrarsi che la malattia è sotto la dipendenza di un'altra affezione fondamentale (isteria, epilessia, ecc.) tutti gli sforzi terapeutici devono essere naturalmente diretti contro quest'ultima.

(*a*) Erb, Malattie dei nervi periferici nel *Trattato* di Ziemssen.
(*b*) Schott, *Deutsche mediz. Zeit.*, 1882.
(*c*) Congresso internazionale di Roma, 1894.
(*d*) Nussbaum, rif. in *Archives de Neurol.*, 1883 (*Aerztl. Intellig. Blatt*, 1882, 39/82).

ACINESIA (APRAXIA) ALGERA (MÖBIUS)

pel Dottor G. MINGAZZINI
Professore di Neuropatologia nell'Università di Roma

Definizione. — È merito del Möbius l'avere richiamato l'attenzione dei neuropatologi sopra una sindrome per quanto rara, altrettanto degna di studio in considerazione soprattutto dell'elemento prognostico. Egli si avvide che alcuni malati sono colpiti da dolori, ogni qualvolta compiono determinati movimenti; onde propose di battezzare col nome di " acinesia algera (a) „ il " quadro " morboso rappresentato da una dolorabità che si produce ad ogni movimento, " senza che si possa afferrare la causa dei dolori „. In una ulteriore comunicazione Möbius ha cercato di estendere il concetto della sindrome ed ha proposto di sostituire al nome di " acinesia algera „ quello di " apraxia (b) algera „, nome con cui intende non solo la limitazione o l'impossibilità dei movimenti prodotta dal dolore, ma anche l'impossibilità di altre funzioni, a causa del sovraeccitamento dei rispettivi territori nervosi.

La forma morbosa, sebbene descritta dal Möbius fino dal 1891, finora non è stata osservata che in Germania (Erb, Koenig, Longard, Spanbock), in Russia (Bechterew) e in America (Moyer, Putnam); dall'Inghilterra, dalla Francia e dall'Italia non è giunto ancora alcun contributo. Essendomisi offerta l'occasione di studiarne un caso nell'Ospedale di Santo Spirito (Roma) mi è parso prezzo dell'opera riferirne minutamente la storia e farla seguire da un breve sunto di quanto finora è noto intorno alla malattia.

Storia clinica. — Serafini Augusto, d'anni 24, di Roma, sarto. La madre è morta di tubercolosi. Il padre vivente ed un fratello in buona salute. Nulla in linea collaterale eccetto uno zio che morì demente. L'infermo nell'infanzia soffrì di rachitismo di cui porta evidenti traccie nello scheletro. Due volte contrasse (nel 1895 e nel 1896) ulceri veneree. Studiò con discreto profitto le classi elementari, ed attese sempre alla professione del sarto, in cui mostrò zelo e capacità non comune. Di rado è giunto a bere un litro di vino al giorno.

Otto anni fa (a 16 anni), dopo essersi notevolmente affaticato ed avere perfino perduto il sonno, cominciò ad avvertire alle gambe ed ai ginocchi un dolore che colpiva dapprima a preferenza ora un lato, ora l'altro e più tardi ambedue. Il dolore insorgeva soltanto nel camminare, o nell'eseguire qualche movimento con gli arti inferiori, non si esacerbava alla pressione della parte; talvolta si irradiava anche al collo. Il paziente non riusciva che con difficoltà a fare il sarto, perchè l'incrociare le gambe gli produceva dolori nella regione lombare; al tempo stesso egli avvertiva un senso di grave debolezza tale, che unito al dolore non gli permetteva di camminare a lungo. Sotto l'azione del vino, alla cui azione benefica credeva, questi disturbi diminuivano. Due mesi dopo l'inizio dei dolori fu accolto nell'Ospedale di S. Spirito, ma siccome gli parve che non fosse curato bene, ne volle uscire. D'allora in poi

(a) Da ἀλγηρος, doloroso ed ἀκυνήσις, mancanza di movimento.
(b) Da ἀπραξία, mancanza di funzione.

i sovraccennati disturbi andarono soggetti a dei periodi ora di esacerbazione, ora di notevole remissione, durante i quali poteva anche lavorare. Però circa 4 anni dopo l'inizio (1892) avendo i dolori, che si svolgevano sempre durante il movimento, raggiunto una intensità intollerabile, l'infermo tornò a S. Spirito ove gli furono praticate delle ignipunture sul dorso; dopo 2-3 ore *gli sembrò di essere guarito:* nei giorni seguenti gli fu applicato il fuoco di nuovo, e l'infermo ne trasse tale vantaggio che, un mese circa dopo l'iniziata cura, uscì completamente libero d'ogni sofferenza e tale rimase per 3 anni e $^1/_2$ (1893-1896).

Verso la fine dell'agosto del 1896, una mattina, nel levarsi da letto si accorse che non appena si muoveva, insorgeva una specie di senso di oppressione del torace; il paziente attribuisce ad una infreddatura questa seconda ricaduta. Inutili essendo stati tutti i mezzi terapeutici prescrittigli da alcuni sanitari, si recò all'Ospedale di S. Spirito il 26 ottobre.

Quivi, alcuni giorni dopo, fu colpito dagli stessi disturbi dolorifici che lo avevano colpito quattro anni prima; tutte le volte cioè che muoveva gli arti superiori, o gli inferiori avvertiva dolori localizzati alla radice degli arti ed ai lombi. D'allora in poi periodi di relativo benessere si sono alternati ad altri di peggioramento. In genere si è notato che l'infermo all'inizio di qualsiasi cura nuova, avvertiva un notevole miglioramento. Così dopo essergli stato prescritto l'olio di fegato di merluzzo e le pillole asiatiche ad un breve intervallo di tempo l'uno dalle altre, il malato dichiarò subito di sentirsi assai meglio, miglioramento che continuò per 15 giorni per cedere il posto ad una nuova ricaduta e così di seguito: il miglioramento dei dolori coincideva costantemente con un'abbondante scarica alvina.

Esame obiettivo (praticato il 30 dicembre 1896, durante un periodo di esacerbazione).

Il cranio è di forma sensibilmente regolare, simmetrico; la fronte piuttosto stretta; quasi mancante il sistema pilifero della faccia; le pinne del naso dilatate; dentatura brutta. Scadente la nutrizione generale.

Cranio. Diametro frontale minimo, mm. 103. Antero-posteriore 186. Trasverso massimo 144. Circonferenza massima 533. Semicurva anteriore 275. Semicurva posteriore 258. Altezza totale della faccia 106. Negli arti inferiori si osservano chiare note di pregresso rachitismo.

Nulla a carico degli organi toracici e addominali. Stipsi abituale.

Normali i movimenti degli occhi, del facciale e della lingua. Ottimi i movimenti passivi degli arti superiori. Lieve tremore vibratorio isolato delle dita a destra. Discreta la forza degli arti superiori i muscoli dei quali non presentano atrofia di sorta.

Il leggere e lo scrivere non producono mai dolori, mentre dopo che l'infermo ha parlato per qualche tempo, insorge il solito dolore toraco-addominale (vedi poi). Egli evita perciò il tossire ed il parlare.

L'infermo rimane in letto con le gambe e con le coscie estremamente flesse, posizione che gli reca meno dolore. Lo stare in piedi gli produce meno dolore che il camminare.

Eseguendo dei movimenti forzati col collo l'infermo avverte un senso d'indebolimento alla cervice.

Quando muove gli arti superiori, avverte un dolore che si localizza a preferenza sulla spalla e poi si diffonde al torace ed all'addome. Intorno al torace gli pare di avere una morsa: i dolori che avverte nell'addome, egli paragona ad una specie di granchio.

Se l'infermo tenta di muovere gli arti inferiori, i dolori si localizzano per lo più nel ginocchio corrispondente per poi irradiarsi all'addome ed al torace. I movimenti passivi degli arti inferiori risvegliano subito dolori: nei periodi in cui il dolore è minore, sono completamente eseguibili e non offrono alcuna resistenza.

Nel discendere da letto, il malato piega prima una gamba, poi l'altra, cercando d'evitare la flessione delle coscie; con cautela mette fuori le gambe già piegate e poggia i piedi sul suolo finchè si solleva di un tratto, cercando sempre di evitare la flessione della coscia sul bacino. Ogni movimento, al quale partecipi la coscia, è eseguito con grande cautela. Nel camminare piega il ginocchio più dell'ordinario, perchè così il dolore è avvertito meno: ad ogni passo l'infermo fa delle smorfie che coincidono evidentemente col momento, in cui il dolore si rende più acuto.

In genere il dolore insorge contemporaneamente all'atto del movimento e cessa appena questo è stato eseguito, o perdura pochi secondi dopo.

La ripienezza, o la vuotezza dello stomaco non hanno influenza sui dolori stessi.

Vivaci i riflessi tendinei degli arti superiori specialmente a sinistra; e così pure i riflessi rotulei d'ambo i lati. Manca il clono del piede. Pronta la reazione iridea. Debole il riflesso faringeo. Normali le funzioni del retto e della vescica.

La sensibilità dolorifica, tattile e termica, e muscolare conservate bene. L'infermo non avverte rachialgia, o cardiopalmo. Premendo sui tronchi nervosi periferici o sulle masse muscolari non si risveglia dolore di sorta.

Visus ed olfatto ottimo: udito diminuito a destra (otite pregressa); lieve parageusia per il salato (avvertito come dolce).

L'infermo, nei periodi in cui sono più vivi i dolori, si mostra scoraggiato, depresso e dispera di guarire. Non ha insonnia, anzi cerca di evitare il sonno affinchè la lunga posizione d'inattività delle membra non l'obblighi la mattina a stirarsi e procurarsi così nuovi dolori.

8 gennaio 1897. — Gli dico che certamente guarirà. All'indomani non ha avvertito più dolori alle spalle: diminuiti pure i dolori negli arti inferiori: 5 scariche alvine.

11 gennaio. — Per due giorni i dolori erano quasi cessati: oggi ritornano di nuovo.

12 gennaio. — L'infermo sentendosi libero da ogni dolore vuole uscire dall'ospedale, ma dopo 2 giorni i dolori si rendono di nuovo più vivi, così che vi rientra di nuovo.

13-27. — Gli si somministrano delle goccie di arsenico, ed il malato dopo due giorni dichiara di sentirsi meglio; i dolori sono quasi scomparsi.

15 marzo. — Ad eliminare il sospetto che questa seconda ricaduta potesse essere in qualche rapporto causale con la sospetta ulcera sofferta due anni fa, si pratica una cura antisifilitica (iniezioni di sublimato) ma senza alcun risultato. Le sofferenze del paziente continuano in mezzo ad alternative di esacerbazioni e di remissioni. La temperatura del corpo si è mantenuta costantemente normale.

Eziologia. — Molto oscure rimangono finora le cause della acinesia algera. Le cause occasionali sono riferite spesso ad un ipereccitamento sia nella sfera intellettuale, sia in quella dei sentimenti. Così sembra che eccessivi lavori mentali siano stati la causa efficiente della malattia del paziente di Erb, in Fechner e nel professore di ginnasio del Möbius. Anche il mio paziente prima che si iniziasse la malattia, si era sottoposto a gravi strapazzi e a perdita di sonno. Nella maestra di musica di Möbius e nella malata di Longard coagirono, insieme agli eccessi intellettuali, anche gravi disturbi emozionali. Questi ultimi sembra abbiano esercitato un'azione indubbia nella moglie del pastore evangelico (Möbius) e nel soldato N. 1 del Bechterew, in cui la malattia si iniziò dopo uno spavento cagionato da una carrozza passata sui suoi piedi. Il Bechterew intanto fa notare che in questo caso può incriminarsi anche il trauma stesso: e che ad ogni modo in questo e negli altri suoi due malati era escluso ogni eccesso di lavoro intellettuale o corporeo. Isolato rimane il caso della signora ventinovenne del Möbius che si ammalò nel puerperio; qui probabilmente possono essere incriminabili gli strapazzi dell'ultimo parto.

La malattia si svolge in persone ereditariamente degenerate, o predisposte esse stesse a psicopatie. Così erano affetti da paranoia il padre del professore di ginnasio studiato dal Möbius e il padre della malata di Longard (Schultze). Il paziente di Spanbock era figlio di genitori consanguinei e molti parenti dell'infermo erano emicranici. Il malato di Putnam discendeva da famiglia nervosa; lo stesso dicasi tanto del malato di Moyer, la zia del quale era affetta da melanconia, quanto del mio paziente un zio del quale era morto demente.

In alcuni malati si possono constatare delle vere stigmate neuro-psicopatiche. Così il soldato N. 1 del Bechterew da piccolo fu sonnambulo. La maestra di musica e la pastora di Möbius andarono soggette a psicopatie indeterminate; la paziente di Longard fu colpita da eccitamenti maniacali; il primo malato del Bechterew era preso da accessi sonnambolici. La malata di König era indubbiamente degenerata e finì con una paranoia ipocondriaca cronica. Nel solo Fechner (il fondatore della psico-fisica che soffrì anche esso di una parziale apraxia algera) non si poterono constatare stigmate degenerative psichiche.

L'acinesia algera colpisce in proporzioni uguali maschi e femmine. Dall'esame dei 18 casi finora riferiti si deduce infatti che 9 erano maschi e

9 femmine. L'età in cui più frequentemente si svolge è fra i 20-30 anni, per diminuire poi nei due decenni seguenti; dopo i 50 anni non se ne conosce finora alcun caso. La mia statistica dà i seguenti risultati:

fra 12-20 anni . . . . . . 1 caso
» 21-30 » . . . . . . 8 casi
» 31-40 » . . . . . . 4 » (compreso il caso di Putnam).
» 41-50 » . . . . . . 3 » (a).

Inizio. — L'inizio della sindrome, quasi sempre lento ed insidioso, si presenta con caratteri poco netti. Il professore di ginnasio (Möbius) cominciò a 29 anni a sentire oppressione al capo: due anni dopo comparvero, ad ogni movimento, dei dolori i quali in ultimo si estesero anche alle braccia che prima erano libere. La maestra di musica, osservata dal Möbius, cominciò a venti anni a soffrire dolori nelle mani, contemporaneamente divenne incapace ad intensi lavori intellettuali; in seguito i dolori si estesero ai piedi fino ad impedirle il camminare. La malata ventinovenne del Möbius cominciò, dopo il sesto puerperio, a sentirsi " tremare internamente ", e ad avvertire battiti al cuore; circa sei settimane dopo, accusò dolori brucianti e prementi nel dorso e nelle gambe, quando si muoveva. Nel paziente di Erb la malattia s'iniziò con incapacità ad esercizi ginnastici i quali produceano dolori al cuore e cardiopalmo: a poco a poco i dolori invasero le gambe e poi attaccarono le spalle. Nel malato di Moyer i dolori invasero gli arti e insorgevano dapprima solo di giorno e scomparivano col riposo. Nel soldato N. 1 del Bechterew la malattia si era iniziata con dolori ai piedi e con anestesia cutanea; contemporaneamente l'infermo era divenuto triste ed accusava vertigini. La paziente di Longard cominciò dapprima ad avvertire una pesantezza sulle spalle, poi diventò eccitabile, parlava poco e dormiva meno; nei primi tempi poteva alzarsi solo per poco tempo, e saliva le scale appoggiandosi su due bastoni. La malata sessantaquattrenne del Möbius cominciò dapprima ad avvertire dei dolori nel piede destro, ogni qualvolta camminava; dopo un certo tempo i dolori colpirono anche la mano destra e poi tutto il corpo. Nel mio paziente la malattia si iniziò con un senso di oppressione al torace; e dopo qualche settimana vi si aggiunsero dolori che si suscitavano ad ogni movimento.

Sintomi. — Per quanto il quadro generale della malattia offra un complesso sintomatico abbastanza uniforme, tuttavia i singoli casi presentano delle peculiarità che in un lavoro analitico non possono essere trascurate. Io riferirò dapprima dei movimenti attivi, dei passivi e dei riflessi, poi del modo di comportarsi della sensibilità generale, dei sensi specifici, dello stato psichico e delle funzioni della vita vegetativa.

a) *Movimenti attivi.* — Il malato di Spanbock anche nello stato di completo riposo, accusava costantemente dolori delle mani, del capo, del ventre e delle estremità inferiori; i dolori degli arti inferiori erano tali che impedivano al paziente di camminare e diventavano più forti ad ogni tentativo di muoverli volontariamente. I dolori dell'estremità e del dorso, ma sopratutto quelli del ventre erano specialmente aggravati dalla flessione del tronco; così che per evitarla, l'infermo cercava di stare in letto, o in piedi, o sedersi sopra un piano obliquo. Caratteristico era il modo di scendere dal letto: il paziente piegava appena le coscie ed appoggiandosi con i gomiti sul cuscino tirava fuori il

(*a*) Mancano nella statistica 3 casi, perchè gli autori non dànno notizie esatte sull'età.

tronco ed infine le gambe, poi sollevava con cautela il tronco, appoggiandosi su ambedue le gambe ed evitando con accuratezza la flessione del tronco.

Il professore di ginnasio (Möbius) cercava di limitare i movimenti attivi degli arti superiori e del torace; ad ogni movimento di questa parte, provava dolori. I dolori cominciavano subito dopo il movimento: ascendevano fino ad un'altezza insopportabile e duravano parecchie ore; più a lungo durava il movimento, maggiori i dolori. Violenti erano soprattutto nelle braccia e propriamente i più penosi discendevano dal gomito fino alla punta delle dita; ma anche nell'apparente completo riposo i dolori non cessavano del tutto. Vi erano giorni buoni e giorni cattivi, nei quali il malato giungeva quasi alla disperazione. Se il paziente teneva lungo tempo il collo in flessione forzata, non avvertiva stanchezza dei muscoli del collo.

La maestra di musica (Möbius) teneva gli arti superiori in una posizione determinata; le mani si trovavano all'altezza dello sterno, le dita e le mani in semiflessione. Però essa era in grado di stenderle, come pure poteva eseguire tutti i movimenti delle braccia e delle mani con discreta forza; tuttavia, dopo alcuni sforzi cominciavano dolori nelle mani e nei gomiti. Lo stesso si verificava per gli arti inferiori: la paziente poteva camminare, o stare ferma, ma dopo un ulteriore lavoro, insorgevano i dolori, che colpivano specialmente la regione del ginocchio. Niente a carico dei movimenti del collo.

La donna ventinovenne del Möbius, quando stava ferma, si sentiva molto meglio. In letto potea eseguire con forza tutti i movimenti, ma dopo alcuni tentativi non poteva continuare, perchè ogni movimento moltiplicava i dolori. Il rizzarsi in piedi era possibile, però insorgevano subito cardiopalmo ed ambascia. L'inferma avea cercato di alzarsi ma si era intesa come " rompersi i ginocchi „ e d'allora in poi aveva peggiorato.

Il malato di Putnam fino dalla giovinezza cominciò a soffrire di gravi dolori muscolari, in seguito a qualsiasi sforzo. Potea fare un piccolo tratto di strada senza dolori, ma se continuava un poco più, i muscoli delle coscie e delle gambe divenivano dolorosi. Dopo un lavoro esagerato con le braccia, insorgevano dolori anche in queste.

Nel mio paziente i dolori, insorgevano durante il movimento, e si estendevano anche ad altre parti; cioè, muovendo gli arti superiori, i dolori colpivano le spalle e muovendo gli arti inferiori si localizzavano nel ginocchio; in ambedue i casi si diffondevano al torace e all'addome. Nel primo periodo, i dolori erano prevalentemente circoscritti agli arti inferiori e presentavano dei periodi di esacerbazione e di remissione; talvolta vi si aggiungeva anche un senso di debolezza.

Nel malato di Erb, lo stare in piedi più di venti minuti, o il rimanere a sedere più di tre ore e tre quarti, produceva dolore. I tentativi di alzarsi e in genere ogni tentativo di vincere questo stato con la forza della volontà, portavano un peggioramento.

Il paziente di Moyer avvertiva dolore soprattutto nel muovere le gambe; se fletteva gli arti inferiori nella regione coxofemorale, si svolgeva una special sindrome, nella quale l'infermo chiudeva gli occhi, il respiro si faceva profondo, ed il viso diventava rosso. I movimenti del capo erano liberi.

Il soldato ventitreenne N. 1 di Bechterew riusciva solo a far pochi passi con difficoltà e generalmente preferiva il letto. Ogni movimento attivo provocava forti dolori nei muscoli.

Il soldato N. 2 del Bechterew poteva camminare con difficoltà anche con le cruccie a causa dei dolori; nel riposo questi scomparivano.

In un malato di Oppenheim gli attacchi dolorosi, che insorgevano durante i movimenti, erano accompagnati da una diminuzione del respiro e da frequenza del polso.

Nella malata di Koenig i dolori assai intensi si localizzavano principalmente ai muscoli e si esacerbavano ad ogni movimento. Inoltre si notavano " scosse „ che potevano essere provocate da eccitamenti meccanici. Nella malata di Longard e nella moglie del pastore evangelico (Möbius) insorgevano dolori ad ogni più lieve movimento; quest'ultima non riusciva a camminare più di 5 minuti.

Nella donna quarantaquattrenne di Möbius i dolori erano proporzionali alla sua attività; erano dolenti specialmente la coscia, il piede, la testa e gli occhi.

Il soldato N. 3 del Bechterew poteva a mala pena tenersi ritto in piedi, piegando il corpo all'innanzi, tanto era il dolore che provava ad ogni movimento!

La natura dei dolori è descritta dai singoli pazienti con i caratteri e i colori più diversi; sono paragonati ad una morsa, ad un granchio, o ad un senso di strappamento. La malata di Longard descriveva la sua sofferenza con le seguenti pittoresche parole " è un lacerarsi di tutti i membri, un infuriare per tutto il corpo; sono dolori e sensazioni che non posso descrivere „.

I movimenti del capo non producono dolori. Perfino i malati, osserva Möbius, che giacciono quasi immobili, abbassano e sollevano il capo, senza pensarci e talvolta coi muscoli del collo fanno un lavoro considerevole. Talvolta un senso di debolezza accompagna anche le parestesie e i dolori.

Speciali aprassie algere sono quelle offerte da Fechner e dalla malata di Oppenheim. Al Fechner, il padre della moderna psicofisica, per parecchio tempo riuscì impossibile leggere, parlare e perfino pensare; ogni tentativo in proposito, soprattutto quello di leggere, si risolveva in una quantità di sofferenze penose nel capo, accompagnate da fotofobia tale che egli era obbligato subito a smettere. Oppenheim racconta di una signora alla quale il mangiare producea dolore tale che finì col digiunare. Durante la fame la malata si trovava bene, ma appena mangiava qualcosa, seguivano dolori accompagnati da tachicardia e da disturbi vasomotori (*a*).

b) *Movimenti passivi.* — Di essi viene quasi sempre taciuto e solo in poche circostanze è succintamente riferito. In alcuni casi è detto che non presentavano alcuna resistenza; così nel professore di ginnasio in cui gli arti superiori potevano essere addotti, estesi il gomito, il polso e le dita, addotto il pollice.

(*a*) Alcuni anni fa io pubblicai la storia clinica di un'ammalata la quale oltre a disturbi astasico-abasici, presentava un vero rigurgito orale determinato da un dolore epigastrico, che insorgeva o si acutizzava, quante volte cercava introdurre qualche cibo in bocca (Intorno alla cosidetta stasobasofobia: *Bullett. R. Accad. di Roma*, 1893-94). " Comandando all'inferma di aprire la bocca, essa l'apre a scosse ritmiche, le quali però non permettono mai un'apertura completa dell'ostio orale. Se s'introduce dell'acqua nella bocca, il liquido rimane fra la superficie della lingua e la superficie del palato duro; in minima parte viene introdotto al di dietro della lingua: in massima parte è rigettato a guisa di fontanella al dinanzi, e respinto quasi con violenza fuori dell'ostio orale. Anche i solidi vengono egualmente in parte espulsi dalla bocca. Se però appena introdotto il liquido nella bocca, si chiude con forza l'ostio orale, tenendo ravvicinati i due labbri si avvertono distintamente ripetuti movimenti di deglutizione e il contenuto della bocca viene a poco a poco completamente deglutito. *Ripetutamente domandata l'inferma per quali ragioni non riuscisse a stare in piedi, nè tampoco a deglutire, e a camminare da sola, costantemente ha risposto " per il grande dolore dentro „, accennando alla regione dell'epigastrio* „. Io ricordo pure che l'inferma più d'una volta mi assicurò che questo dolore epigastrico si accentuava, o si rendeva sensibile ad ogni tentativo d'introdurre il cibo in bocca, o ad ogni conato di camminare, o di levarsi in piedi. Come si vede, questo caso rassomiglia a quello descritto dall'Oppenheim, ed ha molti punti di contatto con l'atremia „.

Anche nella maestra di musica l'estensione passiva non incontrava alcuna resistenza apprezzabile. Invece nel soldato N. 1 di Bechterew, in un malato di Oppenheim e nel mio paziente ogni movimento passivo provocava nei muscoli forti dolori; anche nella donna ventinovenne di Möbius tutti i tentativi di esame peggioravano le sue condizioni dolorose.

c) *Riflessi.* — Il modo di comportarsi dei riflessi è quanto mai variabile nell'acinesia algera. Nel professore di ginnasio (Möbius), nel malato 2 di Bechterew e in quello di Longard erano vivi i riflessi rotulei; in tutti eravi clono del piede (nel primo solo a sinistra). Nel paziente di Spanbock i riflessi tendinei delle estremità inferiori erano indeboliti, massime a sinistra; vivaci i riflessi cremasterici. Nell'ammalata ventinovenne di Möbius i riflessi erano normali. Nel mio paziente erano vivaci i riflessi rotulei ed i tendinei degli arti superiori (questi specialmente a sinistra), la reazione iridea era pronta. Nella malata quarantaquattrenne del Möbius i riflessi rotulei erano più vivaci a destra. Nel soldato N. 3 del Bechterew i riflessi cutanei erano quasi aboliti, mentre i riflessi tendinei, ossei e muscolari erano così esagerati, che producevasi facilmente il clono del piede; le pupille reagivano bene alla luce ed alla accomodazione.

d) *Sensibilità.* — Nel professore di ginnasio era normale la sensibilità tattile, si notava solo una lieve iperestesia degli antibracci e delle mani; una forte pressione sui muscoli delle mani e delle braccia riusciva ingrata, ma era tollerata. Veri punti dolorosi non si riscontravano. I sensi specifici erano normali. Nel paziente di Spanbock si constatarono, oltre a spasmo del faringe, delle zone isterogeniche della porzione scapolare della colonna vertebrale, premendo sulla quale insorgevano convulsioni. Nel soldato N. 2 del Bechterew la pelle e le parti profonde erano molto sensibili. Talvolta gli sembrava come fosse coperta da palle di piombo; quando si svegliava, gli pareva come di avere pietre o stanghe di ferro in corpo, spesso provava la sensazione di sdrucciolare o di camminare sulle uova; accusava pure attacchi di debolezza, durante i quali rimaneva quasi immobile. Il paziente di Erb accusava dolori nelle orecchie, e non poteva sopportare più di due o tre parole. Nel malato di Moyer una profonda pressione sui muscoli e sul dorso era assai sensibile. Nel soldato N. 1 del Bechterew eravi anestesia di tutta la superficie del corpo, limitazione del campo visivo, grave diminuzione della percezione uditiva, osmotica e gustativa. Nel malato del Koenig vi erano disturbi a carico degli organi di senso; esistevano inoltre analgia ed anestesia cutanea, e mentre il freddo era sopportato sulle zone anestesiche, il caldo produceva un senso di dolore. Nella paziente di Longard, ogni toccamento degli arti era doloroso. La malata quarantaquattrenne del Möbius era molto sensibile contro i rumori, e presentava ipoestesia a sinistra. Nel soldato N. 3 del Bechterew eranvi anafia ed analgesia; il punzecchiare non produceva alcun dolore, mentre una leggera pressione sui muscoli e sulle ossa era sufficiente per provocare forti dolori. Nel mio malato la sensibilità tattile, termica, dolorifica e muscolare erano bene conservate da ambo i lati; l'infermo non avvertiva rachialgia nè cardiopalmo: premendo sui tronchi nervosi periferici, o sulle masse muscolari non si risvegliavano dolori di sorta. Anche nella malata quarantaquattrenne di Möbius l'esame obiettivo si riscontrò normale.

e) *Stato psichico.* — Quanto alle funzioni che sono in immediato rapporto con l'attività psichica, queste si comportano diversamente a seconda degli ammalati. Al professore di ginnasio il parlare non produceva disturbi: egli poteva fare lezioni per breve tempo e dettare delle letterine, però non riusciva

lungamente a proseguire, ed ogni pensiero gli tornava impossibile. Il paziente di Erb poteva parlare fino che voleva, ma non poteva leggere, nè scrivere. Il malato di Moyer poteva leggere e scrivere senza difficoltà; tuttavia ben presto entrava in scena la stanchezza. Al paziente di Spanbock il leggere produceva dolori agli occhi. La malata sessantaquattrenne provava dolore al capo e agli occhi dopo avere letto e parlato. Al mio paziente il leggere e lo scrivere non producevano dolori; invece dopo che egli aveva parlato per qualche tempo insorgeva il solito dolore toraco-addominale. La malata di Koenig presentava dei disturbi disartrici paragonabili a quelli del tartagliamento isterico.

Lo stato psichico dei pazienti (fatta astrazione bene inteso dai casi, i quali finirono in una vera e propria psicopatia) presenta raramente dei disturbi apprezzabili. Il professore di ginnasio di Möbius era in genere tranquillo, talvolta però si preoccupava eccessivamente del suo avvenire. La malata di Longard durante l'acme della malattia era irrequieta ed attaccabrighe. La malata quarantaquattrenne del Möbius era facilmente eccitabile e si struggeva in lagrime pel dolore di non potere camminare. Però siffatte reazioni, considerate le sofferenze prolungate degli ammalati, possono appena qualificarsi come abnormi. Un fatto, secondo Möbius, peculiare agli acinesici algeri è la limitazione della suggestionabilità. Möbius sostiene che, mentre i malati normali sono influenzati dalla speranza della guarigione, quelli che soffrono di acinesia algera non sono accessibili a suggestione di guarigione; mentre il malato volgare si domanda, ad ogni tentativo di terapia, se gli nuocerà o gli farà del bene, il malato di acinesia algera è persuaso che essa lo deve danneggiare. Così si spiega, secondo Möbius, l'aggravamento dei disturbi notato in seguito a qualsiasi cura. Anche Koenig asserisce che la sua malata era accessibile a tutte le suggestioni, fuori che a quelle le quali potevano migliorarne lo stato. Tuttavia non manca qualche eccezione; ad esempio il paziente di Erb cominciò a migliorare ed infine guarì, precisamente quando per suggestione in parte sua, in parte della sorella, si persuase che i suoi malanni erano solo soggettivi e che i disturbi degli organi digestivi erano la causa più importante delle sue manifestazioni nervose. Anche nel mio paziente esisteva un certo grado di suggestionabilità quantunque di breve durata; tanto che ad ogni nuovo rimedio si notava subito un miglioramento dei sintomi fino che dopo qualche giorno, ogni buon effetto a poco a poco scompariva, per ritornare non appena si cambiava metodo di cura.

f) Funzioni di nutrizione. — A priori si potrebbe supporre che le funzioni della vita organica fossero più o meno gravemente disturbate, date le gravi sofferenze subiettive degli infermi; invece troviamo qui differenze individuali che non sono punto in relazione con la maggiore o minore gravità dei sintomi. Nella maestra di musica (Möbius) digestione e defecazioni si compievano bene, mentre le mestruazioni erano accompagnate da emicrania ed insonne decorreva buona parte della notte. Nella malata ventinovenne di Möbius la nutrizione era buona, appetito e defecazione normali, il sonno era facile conciliarlo, con poche dosi di bromuro. Nella malata di Koenig e nel professore di ginnasio il sonno e l'appetito erano normali; in questo ultimo però le evacuazioni si ottenevano soltanto col clistere. Nel mio malato vi era stipsi abituale, non però perdita di sonno e la digestione buona. Il soldato N. 1 del Bechterew era tormentato da dolori di testa, da cardiopalmo e da debolezza generale; cattivo era il sonno e l'umore depresso. La malata di Longard si lamentava di cefalea e di disturbi di stomaco, il sonno mancava del tutto. Nella moglie del pastore evangelico (Möbius) il sonno era agitato,

e nella malata quarantaquattrenne dello stesso Möbius l'insonnia era proporzionale ai dolori e quindi alla sua attività; lo stomaco era intollerante di molto cibo e la defecazione regolare. Nel soldato N. 3 del Bechterew il sonno era discreto, ma l'appetito pessimo. Non posso perciò aderire all'opinione del Möbius, secondo il quale le sensazioni dolorifiche del giorno produrrebbero un eccitamento contrario al sonno, poichè in parecchi dei pazienti, i quali erano maggiormente tormentati da dolori, il sonno era regolare e viceversa. Disturbi nutritivi a carico della pelle furono notati nel solo professore di ginnasio di Möbius, il quale nelle dita presentava un modico grado di *glossy-skin;* inoltre egli aveva una atrofia del 1° interosseo della mano sinistra.

Decorso ed esito. — La malattia presenta molteplici modalità in ordine al decorso e alla terminazione. Il professore di ginnasio migliorò; i dolori abbandonarono dapprima gli arti inferiori, poi i superiori, per ultimo le mani; anche la depressione psichica scomparve, senza però che l'infermo si potesse mai dichiarare guarito. Più tardi però si manifestarono insieme ad uno stato di eccitamento, delle idee melanconiche e paranoidi, insonnia quasi ribelle ed infine morte. Il soldato N. 2 del Bechterew morì dopo avere presentato uno stato psicopatico. Nella maestra di musica la malattia durò dieci anni (fino a 30 anni) con peggioramenti che si verificavano ora nelle mani, ora nei piedi, poi per dieci anni subentrò un completo benessere. A 40 anni, dopo una lunga camminata e dopo avere fatto delle nottate, cominciarono di nuovo i dolori nelle mani e sul dorso, ritornò la posizione forzata delle mani; infine dopo ripetuti miglioramenti e peggioramenti (l'inferma aveva tentato due volte il suicidio) si svolse una paranoia acuta allucinatoria ed in ultimo sopravvenne la morte. La pastora (Möbius) morì di tubercolosi dopo 15 anni di malattia. La malata ventinovenne di Möbius andò soggetta a migliorìe e ad esacerbazioni; quella di Koenig finì in una paranoia cronica ipocondriaca; essa era caduta venticinque anni prima nella stessa malattia, la quale allora durò circa un anno. L'ammalata di Longard dopochè la malattia era durata più di un anno, presentò un notevole miglioramento, i riflessi tendinei delle braccia diventarono normali; però a sinistra persisteva ancora il fenomeno del piede. Il paziente di Erb rimase malato per 22 anni e andò sempre peggiorando (per dieci anni era stato disteso, quasi senza fare alcun movimento), finchè poi guarì. Il mio malato guarì dopo quattro anni e, passati altri quattro anni di completo benessere, ricadde una seconda volta: nel decorso della malattia periodi di notevole remissione si alternarono ad altri, in cui i sintomi peggiorarono di molto.

Riassunto. — L'acinesia algera colpisce persone dell'uno e dell'altro sesso, ereditariamente degenerate e di età giovane. Sul principio si manifesta con semplici parestesie, o con dolori che insorgono in alcuni arti dopo un lavoro protratto; coll'andare del tempo i disturbi si propagano ad ogni più piccolo movimento in tutti gli arti; talvolta anche al tronco, dando luogo a dolori sempre più gravi. I dolori sono prodotti tanto dal movimento degli arti superiori quanto da quello degli inferiori; più di rado si svolgono soltanto nel muovere questi ultimi, o dopo un riposo relativo prolungato. Insorgono o immediatamente dopo il movimento, e dopo averlo ripetuto più volte. In genere i dolori sono proporzionati alla durata e alla quantità del lavoro muscolare; però si notano differenze individuali e di grado, dappoichè in alcuni basta una minima contrazione muscolare mentre in altri fa bisogno di un certo lavoro, per quanto minimo, affinchè si svolgano le consuete sofferenze;

si potrebbero quindi dividere le acinesie algere in acinesie algere propriamente dette e in ipocinesie (discinesie, Möbius).

I riflessi tendinei raramente si trovano normali o indeboliti; più di frequente sono esagerati; in qualche caso esiste perfino clono del piede.

Le funzioni della vescica e del retto si conservano inalterate.

La sensibilità cutanea presenta spesso un'evidente iperestesia, estesa anche alle parti profonde; più di rado si notano ipo- od anestesie o disturbi subbiettivi della sensibilità viscerale. I sensi specifici sono il più delle volte normali; raramente si constatano indebolimenti od ipereccitabilità dei medesimi.

Ai sovraccennati disturbi si accompagna, non però costante, una facile esauribilità in seguito al leggere, al parlare e allo scrivere.

Il sonno, la digestione e la defecazione in alcuni si mantengono in buone condizioni, in altri sono notevolmente disturbati; però i disturbi del sonno possono coincidere con la regolarità delle funzioni digestive e viceversa.

La sindrome tende a durare anni e persino decenni; va soggetta a miglioramenti ed esacerbazioni. Alcune volte finisce con uno stato psicopatico o con la morte. In qualche caso si ebbe un notevole miglioramento; in altri una guarigione temporanea di molti anni. Una guarigione duratura è ancora assai dubbia.

Reperto patologico. — Finora si conoscono i reperti di soli tre casi di ammalati di acinesia algera. Nella maestra di musica del Möbius si trovarono ispessimenti ed opacamenti della pia, le maglie della quale erano ripiene di liquido; cervello straordinariamente asciutto e quasi povero di sangue; incipiente pneumonite *ab ingestis*. Nel professore di ginnasio (Möbius) e nel soldato n. 2 di Bechterew non si trovano alterazioni apprezzabili nel cervello e nel midollo spinale.

Patogenesi. — Il risultato negativo fin qui ottenuto nelle necroscopie degli acinesici algeri, il decorso e l'esito della sindrome spiegano perchè tutti convengano nel classificarla fra le malattie funzionali del sistema nervoso. Però sul concetto e sulla posizione che si deve assegnare alla sindrome sono sôrte già profonde discrepanze. Secondo Möbius, la degenerazione ereditaria, il suo associarsi con uno stato di eccitamento, la coesistenza con sintomi istero-neurastenici, il decorso particolare ed il colorito della forma morbosa deporrebbero per una psicosi sôrta su fondamento isterico. Egli parte dal postulato che mentre ipocondriaci sono quei disturbi corporei la entità psichica dei quali è cosciente all'infermo, psicopatici isterici sono coloro nei quali il rapporto fra la rappresentazione e il disturbo corporeo non giunge alla coscienza dell'infermo; ammesso questo postulato, l'acinesia algera sarebbe il sintoma di una psicosi isterica, un'allucinazione del dolore. Möbius aggiunge che non sarebbe una seria obbiezione affermare che, in qualcuno dei suoi casi, mancavano altri sintomi isterici, dappoichè è noto esistere anche l'isteria monosintomatica. Del resto Möbius finisce per concludere che il concetto di una psicosi isterica deve accettarsi, nella fattispecie, in *sensu lato;* dappoichè nell'acinesia algera manifestazioni neurasteniche ed ipocondriache si mescolano a quelle isteriche, e la malattia finisce per somigliare più ai casi di vera ipocondria che a quelli di pura isteria. Ricorda a sostegno della sua tesi come nel professore di ginnasio dominassero i sintomi nevrastenici e nella maestra di musica quelli isterici (crampi delle spalle); ma aggiunge che nel primo si constatava atrofia dei piccoli muscoli della mano, sintoma che Möbius crede

di natura isterica (secondo Charcot, una lieve atrofia dei muscoli della mano può essere di origine isterica). Agli stessi concetti del Möbius fa adesione il Koenig.

Spanbock riconosce sì, con Möbius, che molti acinesici algeri presentano manifestazioni isteriche, ma non crede opportuno ammettere si tratti di una psicosi speciale. Dal momento che si vedono nell'acinesia algera caratteri così evidenti dell'isteria, ragione vuole di caratterizzare la sindrome come una manifestazione monosintomatica dell'isteria. Ed infatti, osserva Spanbock, se nella sfera della motilità si trovano disturbi, quali ad esempio l'astasia-abasia, che senza bisogno della concomitanza di altri sintomi, riconosciamo sufficienti per ammettere l'isteria, ragione vuole che tale carattere non lo si neghi ai disturbi della sensibilità, ai quali appartiene l'acinesia algera; a un dipresso la stessa dottrina è sostenuta dallo Strumpell (*a*), dall'Erb, e dal Binswanger (*b*). Möbius risponde che se per acinesia algera si vuole indicare una speciale forma d'isteria non c'è nulla a ridire; però fa osservare che di regola nell'acinesia algera mancano i consueti sintomi dell'isteria e che il modo di reagire dell'ammalato e il decorso della malattia presentano qualcosa di peculiare; onde crede necessario separare, qual sindrome a sè, l'acinesia algera. Egli invoca a difesa della sua dottrina l'analogia dei criteri tassinomici che guidano gli psichiatri nella classificazione delle malattie mentali, ricordando che con tanto maggiore ragione si concepisce questa o quella forma psicopatica come una speciale entità nosografica, quanto più speciale è il decorso dei disturbi mentali che la costituiscono.

Longard è d'opinione che l'acinesia algera non differisca gran fatto dalla irritazione spinale, della quale essa rappresenterebbe il massimo grado. Möbius però obbietta che fra le storie cliniche dell'irritazione spinale non ve ne ha una che assomigli all'acinesia algera.

Bechterew è d'avviso che nei casi di acinesia algera si abbia a fare con uno speciale complesso sintomatico, che però non apparterrebbe al gruppo delle psicopatie. Egli nota che l'iperestesia cutanea, l'addolorabilità della muscolatura, delle articolazioni e delle ossa in generale sono la base della malattia, e poichè al tempo stesso si suscitano dolori ad ogni contrazione attiva dei muscoli, così i pazienti evitano per quanto è possibile ogni movimento volontario. Il fatto, egli dice, che l'acinesia algera può trapassare in una psicosi, non è ragione sufficiente perchè essa debba concepirsi come tale, essendo noto che le malattie nervose possono trapassare in disturbi psichici e non di rado anche complicarli. Il Bechterew inoltre non accetta il concetto del Möbius cioè che l'attività volontaria diventi dolorosa, a causa del sopraeccitamento mentale; se fosse così, i movimenti passivi degli arti non dovrebbero essere dolorosi nell'acinesia algera, e gli stessi muscoli e le articolazioni e le ossa non dovrebbero manifestare alcuna addolorabilità quando si eccitano meccanicamente; laddove nell'acinesia algera con siffatti eccitamenti si provoca quasi sempre perfino la reazione dolorosa delle pupille. Neanche è corretto identificare le sensazioni dolorose, che gli ammalati di acinesia algera accusano, con le allucinazioni del dolore, perchè il carattere di queste si è d'insorgere senza eccitazioni esterne, nè interne. Tutt'al più in siffatte contingenze si avrebbe diritto di parlare di " illusioni del dolore „ quando si potesse dimostrare una base psichica della sensazione dolorosa, il che fin ora non si

(*a*) Strümpell, Lehrbuch der spec. Pathol., Bd. III, pag. 579, 1896.

(*b*) Binswanger, Die Pathologie u. Therapie der Neurasthenie; Jena 1896, pag. 100.

è potuto dimostrare. L'acinesia algera, secondo Bechterew, deve concepirsi come complicanza o di una neurosi generale, o di una psicosi, o come sindrome indipendente. L'addolorabilità e l'iperestesia del sistema osseo e muscolare non sono prodotti da un fattore psichico, ma sono l'espressione di una iperestesia fisica, ed il dolore è localizzato specialmente nei muscoli e nello scheletro osseo. Per una neurosi infine parlano lo sviluppo relativamente rapido della sindrome, il miglioramento notevole che ha luogo in seguito ad influenze psichiche, e i vasti disturbi della sensibilità cutanea e degli organi di senso. Si potrebbe, è vero, contro il concetto di una neurosi obbiettare che spesso i riflessi rotulei sono esagerati, non di rado disuguali e che esiste talvolta clono del piede; però non si deve dimenticare che una malattia, la quale si distingue per uno stato doloroso del sistema muscolare, deve alterare le condizioni dei movimenti riflessi.

Riepilogando, le dottrine finora proposte per ispiegare la patogenesi dell'acinesia algera si possono ridurre alle seguenti: 1° essa è una forma speciale dell'irritazione spinale (Longard); 2° è una psicosi isterica in *sensu lato* (Möbius); 3° è una neurosi speciale (Bechterew); 4° è una manifestazione monosintomatica dell'isteria (Spanbock, Strümpell, Erb, Binswanger).

Tutte le dottrine precedenti posseggono un elemento comune: quello cioè di riconoscere nell'acinesia algera un fondamento istero-ipocondriaco; le due prime (Longard, Bechterew) però urtano troppo contro i concetti fondamentali della neuropatologia e della psichiatria, perchè le si possano accettare. Le ultime due differiscono in ciò che secondo gli uni (Spanbock, Strümpell, Erb, Binswanger) l'acinesia algera è una semplice manifestazione monosintomatica dell'isteria, laddove secondo gli altri (Bechterew) i caratteri dell'acinesia algera sono così peculiari, che essa deve avere fra le neurosi un posto a sè.

Ora a me pare che la dottrina di Erb-Spanbock sia quella che meglio armonizzi con i nostri criteri nosografici. Infatti l'elemento più spiccato dell'acinesia algera si riduce a ciò: che dopo un breve e limitato lavoro di determinati gruppi muscolari o distretti nervosi, si svolge un dolore che obbliga il paziente a desistere da quelle determinate azioni o movimenti. Ora questo disturbo può concepirsi come una morbosa esagerazione di quanto accade in fisiologia animale. È noto invero come nelle intense e prolungate contrazioni muscolari può svolgersi un dolore assai intenso, il quale viene attribuito all'azione di veleni (acido lattico, paralattico, ecc.), i quali irriterebbero le fibre nervose deputate al senso muscolare. Se adunque si suppone che, per cause non facilmente dimostrabili, l'eccitabilità di queste fibre nervose sia abnormemente aumentata, sicchè il *quantum* di sostanza tossica necessaria per produrla sia ridotto al *minimum*, si comprenderà facilmente, che la conseguenza sarà l'insorgere del dolore od ogni contrazione muscolare. La medesima spiegazione si può applicare ai disturbi consecutivi al leggere, e in genere al lavoro intellettuale. Io convengo perciò col Möbius quando egli interpreta le sensazioni penose che gli acinesici algeri avvertono nel cranio (senso di pressione o vero dolore) non come sintomi della neurastenia, ma quali effetti dell'attività cerebrale, che si esplica nel vedere, nell'udire, nel leggere e così via. I disturbi della acinesia algera adunque non sono diversi da quelli che si osservano nella forma miastenica della neurastenia, in cui un limitatissimo lavoro muscolare è spesso sufficiente per produrre un apprezzabile esaurimento dell'ammalato. La differenza fra questo sintoma e quello dell'acinesia algera sta in ciò: che il disturbo nella forma miastenica si deve riferire ad una facile esauribilità dei neuroni cortico-spinali o cortico-muscolari, laddove

nell'acinesia algera esso è legato ad un'affezione dell'estremità terminale dei neuroni destinati al senso muscolare.

Diagnosi. — La diagnosi differenziale fra l'acinesia algera e le malattie affini riesce in genere facile. La sindrome con la quale può più facilmente confondersi si è l'*atremia* descritta molti anni fa da Neftel. Nell'atremia (τρέμω, correre) si tratta d'incapacità ad azioni mentali e corporee, in quanto ambedue provocano un malessere generale, parestesie e mancanza di sonno. Gli ammalati stanno in letto ed ogni tentativo di camminare dà occasione ad un peggioramento. I punti capitali per mezzo dei quali l'atremia si distingue dall'acinesia algera, si possono ridurre ai seguenti, cioè: 1° nell'atremia solo il camminare, lo stare in piedi ed il sedere sono impossibili; mentre in letto i movimenti degli arti si compiono facilmente e senza malessere; l'atremia si comporta rispetto all'acinesia algera come l'astasia-abasia rispetto alla paraplegia isterica; 2° nell'acinesia algera si producono col movimento veri dolori nelle parti poste in moto, mentre nell'atremia il camminare e lo stare in piedi producono parestesie e malessere alla testa e al dorso. Tuttavia questo secondo criterio differenziale non ha sempre un valore assoluto, dappoichè non sono rari i casi di acinesia algera, nei quali insorgono anche disturbi nel capo ad ogni tentativo di movimento; 3° nell'acinesia algera esiste quasi sempre addolorabilità dei muscoli e delle ossa, in seguito ad eccitamenti meccanici, ciò che non si verifica nell'atremia.

L'acinesia algera si può anche confondere con la neurite multipla, soprattutto con la forma dolorosa di questa malattia; tuttavia se ne distingue: 1° perchè nella neurite il dolore si produce nei movimenti e non si estende al di là degli arti mossi; 2° perchè all'inverso di quanto si osserva nell'acinesia algera la compressione sui tronchi nervosi riesce dolorosa, mentre sulle masse muscolari lo è poco o punto; 3° perchè obbiettivamente si può constatare una diminuzione della percezione dolorifica nelle zone ove i tronchi nervosi sono più dolenti (analgesia dolorosa), ciò che non accade nell'acinesia all'algera.

Prognosi. — Dalle poche storie dell'acinesia algera che fin qui si conoscono non è lecito trarre conclusioni molto generali. Non vi ha dubbio che essa una volta sviluppatasi possa finire con la morte, ovvero passare in una psicopatia; esistono pure dei casi in cui indubbiamente la malattia è guarita (Erb); però anche dopo molti anni può aversi una ricaduta come insegnano il mio caso, quello di Koenig, e la maestra di musica del Möbius.

Cura. — Finora ogni tentativo di cura della forma morbosa in parola non ha approdato ad alcun risultato serio. Möbius sperimentò inutilmente joduro di potassio, acetanilide, oppio e suggestione ipnotica; egli si limita a consigliare un assoluto riposo. Spanbock non ottenne con la franklinizzazione sulla regione della colonna vertebrale alcun risultato; invece l'ignipuntura mediante il Paquelin migliorò alquanto le condizioni del paziente, poichè cessarono le contratture, diminuirono i dolori e i movimenti divennero alquanto più liberi, ma l'effetto fu di breve durata, poichè l'ammalato rimase libero dalle sue sofferenze per soli tre giorni. Più sensibile effetto ottennero nel mio paziente le cauterizzazioni ripetute sulla colonna vertebrale, alle quali seguì rapidamente la guarigione, che durò per circa quattro anni. Fu già poc'anzi ricordato che, secondo Möbius, la suggestione non produrrebbe alcun effetto salutare nell'acinesia algera. Questa opinione non è punto condivisa dall'Erb, il quale

invece sostiene che la suggestione può sempre trionfare dei disturbi, quando la si sappia applicare a seconda dei casi: ove cioè si dovrebbe usare un'influenza istantanea, ove invece lenta e successiva; nell'uno si dovrebbe adoperare un imperativo energico, nell'altro un dolce e persuasivo conversare.

BIBLIOGRAFIA

Bechterew, Ueber Akinesia algera (*Neurol Centr.*, Bd. XII, 15, p. 531, 1893). — Bechterew, Akinesia algera (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh.*, Bd. V, p. 430). — Erb, Zur Casuistik der Akinesia algera (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, III, vol. III, p. 237, 1892). — Erb, Ueber Akinesia algera (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, Bd. V, p. 424). — Koenig, Zur Casuistik der Akinesia algera (*Centralblatt f. Nervenheilk. u. Psychiatrie*, 1892, Bd. II, p. 97). — Longard, Zur Casuistik der Akinesia algera (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheik.*, 1892, Bd. II, p. 455). — Möbius, Ueber Akinesia algera (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, I, p. 121, 1891). — Möbius, Weitere Bemerkungen über Akinesia algera (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, II, p. 436, 1892). — Möbius, Neurologische Beiträge, II H. Leipzig 1894. — Moyer, Akinesia algera (*Medical Standard*, XIII, I, Jan. 1893). — Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1894, p. 702. — Putnam, A case of Akinesia algera (*Boston med. and surg. Journal*, CXXVII, X, p. 245, 1892). — Spanbock, Ein Fall von Hysterie mit den Symptomen von Akinesia algera (*Medycina*, 1893, n. 35) ed Ueber einen Fall von Hysterie mit Erscheinungen der Akinesia algera (*Neurol.-Centralblatt* 1895, p. 530).

MAL DI MARE

pel Dottor F. RHO
Medico della R.ª Marina

Il mal di mare ha avuto origine con la navigazione stessa, è malattia professionale per eccellenza ed è ben difficile che un passeggiero novizio vi sfugga mettendo il piede a bordo. L'avvezzamento può moltissimo per rendere tollerante e resistente l'organismo alle cause di questi disturbi; ma forse non v'ha marinaio, per quanto agguerrito, che possa sinceramente asserire di non aver sofferto affatto, anche nei casi estremi; alcuni poi ne soffrono per tutta la vita, il che non impedisce di poter diventare anche navigatori illustri e celebrati eroi del mare, come insegna l'esempio di Nelson e di Tegethoff.

Del mal di mare fa cenno fuggitivo più di un autore antico, ma, a quei tempi, tutto si limitava a navigazioni costiere e il terrore per l'infido elemento poteva più del malessere derivante dal mare mosso. Invece si comprende come nell'evo moderno, e soprattutto in questo secolo, in cui la navigazione è andata prendendo proporzioni colossali, anche il mal di mare abbia attirato l'attenzione di molti studiosi e la sua letteratura sia ricca di centinaia di lavori. Il Rosenbach, che fra i recenti autori ha portato il più notevole contributo allo studio di questo argomento, riporta una bibliografia di 267 opere, pur trascurando molti articoli che suggeriscono solo rimedi d'efficacia più o meno problematica.

Eziologia. — *Movimenti della nave.* — I movimenti, le oscillazioni della nave costituiscono la causa prima del mal di mare e, quanto più sono incomposti tali moti, tanto più aumentano le sofferenze di chi vi è predisposto.

I movimenti della nave si possono ridurre a due tipi principali di oscillazioni, cioè: intorno all'asse longitudinale (*rollìo*) e intorno all'asse trasversale (*beccheggio*).

Per gli effetti fisiologici e patologici si risente assai più il movimento di beccheggio che quello di rollìo, benchè il primo raramente sorpassi i 10-12 gradi, mentre il secondo può arrivare a 30°-35° e anche più. Gli effetti più penosi si hanno però quando, combinandosi i due movimenti, ne risulta un moto elicoidale, che i Tedeschi chiamano serpentino e i marinai francesi, nel loro gergo espressivo, dicono *coup de casserolle.*

Ma il volume e l'altezza delle onde, il rapporto fra la direzione di queste e la rotta che si tiene, tra le forme variatissime del moto ondoso, e le forme, il dislocamento e il tonnellaggio della nave, dànno ai movimenti delle combinazioni svariatissime, capricciose, facili ad immaginare, impossibili a descrivere.

Ad ogni modo, poichè gli assi di rotazione dei due movimenti principali si possono considerare come passanti approssimativamente nel piano di galleggiamento, ne deriva che il punto più favorevole della nave per soffrir meno sarà quello in cui i due assi si incrociano; esso è situato sull'asse longitudinale su per giù all'unione del terzo posteriore coi due terzi anteriori, perchè in generale l'asse trasversale, su cui si esercitano i movimenti di beccheggio,

non divide idealmente in modo preciso la parte poppiera dalla prodiera, ma passa un po' più indietro.

Disposizione individuale. — Il mal di mare affligge quasi inevitabilmente chi naviga per la prima volta con mare mosso; nelle successive navigazioni diminuisce la suscettibilità individuale senza che però scompaia in modo veramente completo; infatti, in certi casi eccezionali, anche i più agguerriti e privilegiati vi pagano il tributo, per quanto tenue possa essere.

Appartengono pure ad una piccola minoranza coloro che non si adattano mai ad oscillazioni di una certa ampiezza; la grande maggioranza soffre per qualche ora o qualche giorno, finchè avviene l'adattamento. La immunità acquisita si può perdere temporaneamente con un prolungato soggiorno a terra, o col cambiare di bastimento, o per una causa accidentale coadiuvante e predisponente.

Inoltre la gravità dei fenomeni, anche in quelli che ne sono vittima abituale, è assai diversa; dal semplice senso di oppressione, di malumore, di spossatezza fino alla completa disperazione, dalla leggiera nausea al più violento vomito, si possono avere tutti i gradi intermedi, a seconda delle persone e delle circostanze. Invero, entrano in giuoco sempre molteplici influenze e, oltre all'adattamento, la forza di volontà, la coscienza, l'eccitabilità concorrono in misura variabile a determinare il grado della disposizione.

Sono facilmente disposte a subire i fastidiosi effetti del mal di mare le persone di gracile costituzione, sensitive, nervose, di fibra eccitabile (più che nol siano quelle di temperamento sanguigno), robuste di corpo e d'animo energico. Perciò le donne soffrono in paragone assai più frequentemente e intensamente degli uomini, e soprattutto le nevrotiche ed isteriche. Nelle donne però bisogna per la eziologia anche tener conto di eventuali cause coadiuvanti, quali possono essere l'anemia, la costipazione abituale, le ricorrenze menstruali, la gravidanza, ecc.

In quanto all'età, sarebbero relativamente risparmiate la vecchiaia e la infanzia. Meraviglia soprattutto assai spesso il contegno indifferente dei teneri bimbi e dei lattanti di fronte all'abbattimento e alla disperazione delle madri, ma l'immunità loro non è nè assoluta nè generale come taluno ha asserito. La minor suscettibilità è dovuta nei bimbi al concorso di varii fattori: alla abitudine di essere ballonzolati e cullati, al fatto che una parte delle oscillazioni vien compensata dagli sforzi di chi li porta per tenersi in equilibrio, alla posizione per lo più giacente e raggomitolata, al minor impero unitario del sistema nervoso sui singoli organi.

Si è asserito pure che gli alienati sono immuni dal mal di mare, ma la cosa non è affatto provata e molti alienisti l'hanno contraddetta. Persino gli animali dimostrano sofferenze col mare agitato; gli animali domestici sogliono deperire nelle lunghe traversate, ma ciò può dipendere anche dal modo con cui sono tenuti e nutriti a bordo; invero è difficile il rilevare al loro giusto valore le espressioni funzionali delle bestie, ma a chiunque abbia navigato un po' sarà capitato di veder qualche scimmia o cane presi dal vomito nelle circostanze in cui molte persone son côlte dal mal di mare.

Cause predisponenti. — Oltre al temperamento ed alla congenita disposizione più o meno accentuata, concorrono spesso a favorire lo scoppio del mal di mare talune disposizioni corporee accidentali. Di alcune speciali alle donne abbiamo già detto; fra queste si potrebbe anche annoverare la depressione psichica e il timore esagerato per i pericoli del mare più facile nella donna che nell'uomo. Al contrario, una certa energia e uno sforzo di volontà

possono per qualche tempo e fino ad un certo punto trattenere e mitigare i noti effetti; i quali talvolta si son visti cessare o sospendersi su navi pericolanti per la grande tensione psichica che sviluppa in simili frangenti l'istinto della propria conservazione.

Un'irregolare digestione, la soverchia ripienezza nuocciono al pari di trovarsi a stomaco digiuno. Gli eccessi alcoolici, il fumare e talvolta il semplice odore di tabacco, che pure in altre condizioni può tornare gradito, esercitano spesso un'azione predisponente; tale è pure quella di sensazioni ripugnanti, come per es., il sito di cucina, la puzza penetrante e l'aria viziata delle cabine chiuse, la vista di persone prese da vomito, ecc. Lo stesso dicasi della emicrania, dell'insonnia, della stanchezza, ad es. nei lunghi viaggi ferroviari donde uno trapassi direttamente a bordo.

Le vicissitudini atmosferiche influiscono pure sui meno resistenti, lo scirocco del Mediterraneo e in generale l'aria umida e calda favoriscono il comparire dei fenomeni al pari dell'aria confinata; invece il trattenersi sopra coperta all'aria libera e fresca torna giovevole senza dubbio, altrettanto che la giacitura orizzontale, senza che questi costituiscano però dei mezzi preventivi sicuri.

Disturbi affini o identici al mal di mare. — Vi sono persone, così sensibili agli impulsi meccanici insoliti impressi all'organismo in certi movimenti non abituali, che soffrono gli stessi effetti del mal di mare sull'altalena, sul carosello e fin nel danzare in tondo, nell'andare in certi veicoli, soprattutto a ritroso, nell'andare in ascensore, ecc.; si dànno pure esempi di persone che ebbero a provare i disturbi del mal di mare nelle scosse ondulatorie prolungate di certi terremoti, fra cui si cita quello delle isole Sandwich (2 aprile 1868) e quello recente di Leybach.

Il Rosenbach chiama *cinetosi* questi stati o disturbi determinati da abnormi influenze meccaniche o cinetiche, e li divide nei seguenti gruppi: 1° movimento a dondolo o d'altalena; 2° moto circolare; 3° moto verticale; 4° moto a ritroso; 5° rapido arrestarsi del moto e rapido passaggio dallo stato di quiete al movimento. Il mal di mare sarebbe la forma tipica di queste cinetosi e lo *shock* traumatico ne costituirebbe la forma più acuta e non di rado mortale.

Sintomatologia. — Il mal di mare è caratterizzato essenzialmente da malessere indefinibile con senso di oppressione, pesantezza di testa e tendenza al riposo ed all'inazione, da vertigine e nausea, da iperestesia e ipereccitabilità nervosa, per cui impressioni gradite o tollerate in altre circostanze diventano insopportabili e ripugnanti; la musica, i rumori cadenzati come i movimenti dell'elica si convertono in tormento, il fumare è disgustoso ed i cattivi odori diventano intollerabili suscitando nausea e salivazione fino al vomito; anche gli occhi hanno abbagliamenti e la ridda incesssante degli oggetti, dell'orizzonte e delle onde, ingigantita dall'immaginazione, provoca un'ansia, un desiderio tormentoso di stabilità e di riposo.

Un vero dolore di capo non è sempre presente, ma chi va soggetto a cefalea ed emicrania ne viene nel mal di mare inevitabilmente colpito.

La nausea si accompagna al solito con fenomeni vasomotorii; il volto è pallido, i lineamenti stirati e irrigiditi come in una maschera dolorosa. Le estremità cianotiche, la pelle corsa da brividi e orripilazioni alternate con sudor freddo, indicano un lieve ma reale abbassamento della temperatura periferica, che si mostra inferiore di mezzo grado o poco più alla normale. A questo

stato di nausea sono pure connesse e coordinate le variazioni nella respirazione e nel polso (affanno, aritmia, tachicardia, bradicardia più o meno intense secondo i casi). Tutti questi fenomeni raggiungono il loro culmine nel vomito, che non di rado, e soprattutto in principio, si accompagna a copiose deiezioni alvine, per aumentata peristalsi intestinale. Il vomito è dapprima di materie alimentari quando si è a poca distanza dai pasti; se si ripete, si riduce a mucosità ricche di bile e di sostanze acide; prolugandosi ancora, consiste di secrezione acquosa e insipida; raramente i materiali emessi sono striati di sangue per rottura di qualche vasellino dell'esofago e della faringe.

Dopo uno o due parossismi di vomito, segue un periodo di tregua e sopravviene un relativo senso di euforia; il viso si colora un po', la pelle si riscalda alquanto, il polso si rianima e dei profondi sospiri e sbadigli diminuiscono l'ansietà respiratoria. Ma da un momento all'altro la scena dolorosa si ripete; un colpo di rollìo e di beccheggio più accentuato, o un odore sgradevole, la vista di un'altra persona in preda al mal di mare, eccitano nuove contrazioni dello stomaco e gettano il paziente in preda ad un'indicibile angoscia.

Le persone di carattere energico e che non arrivano a stadî estremi del male rifuggono per tempo allo sguardo degli estranei e serbano un certo contegno; ma i deboli d'animo finiscono per perdere ogni volontà, s'abbandonano completamente e, senza riguardo di sorta, dànno libero corso alle loro evacuazioni; in alcuni l'abbattimento morale giunge a tal punto da far tacere i sentimenti più potenti e vivaci, quali sarebbero quelli del pudore e della maternità nella donna e, in casi estremi, fin l'istinto della conservazione.

I sofferenti hanno la bocca impaniata, pastosa, asciutta, quando la salivazione non è in atto; l'alito è lievemente fetido, quale di persona che non ha preso cibo o bevanda da qualche tempo. L'anoressia infatti è per lo più completa, e, quando il mare è agitato, alla tavola dei passeggieri la maggior parte dei posti rimangono vuoti; anche chi soffre in minor grado aborre dalla carne, molti hanno in particolare avversione il formaggio, il vino rosso, il caffè, mentre le frutta e le bevande acidule, lo sciampagna e l'acqua di seltz con un po' di cognac possono tornar gradite e tollerate se prese in modica misura. Il miglioramento e l'avvezzamento si annunciano però a poco a poco col risveglio dell'appetito, che nell'inizio si pronuncia sempre a favore di vivande salate o acide, del pane e del biscotto.

Forme. — Noi abbiamo descritto la forma più evidente e conclamata del mal di mare, che è pure la più comune nei novizi massime quando il cattivo tempo coglie all'improvviso la nave, p. es., all'uscita dal porto. Ma le gradazioni possono essere infinite, da una semplice inappetenza con intontimento del sensorio alle forme più gravi. Si potrebbero anche, secondo la prevalenza dei varii gruppi sintomatici, distinguere varie forme. Infatti, in alcuni il mal di mare si presenta sempre con travaglio di stomaco e sudore; altri soffre maggiormente di vertigine, palpitazione, ansia precordiale; altri ancora di capogiri e cefalalgia; molti infine sono travagliati intensamente da tutti questi sintomi insieme. Siccome i fenomeni negli stessi individui si presentano costantemente allo stesso modo, si può ritenere che la loro manifestazione dipenda da peculiare disposizione individuale, per cui è il *locus minoris resistentiae* che col suo disordine funzionale ci indica il disagio onde tutto l'organismo è colpito.

Tutto ciò sta bene in tesi generale, ma, come già si è accennato, nel mal di mare si nota una eccitabilità speciale di alcuni sensi, per cui anormali sensazioni, non solo aggravano i sintomi nella loro manifestazione, ma ne

favoriscono benanco direttamente lo scoppio. Le percezioni infine degli oggetti in continuo movimento dànno molestia intollerabile, la vista di altri colpiti dal male, i cattivi odori, ecc., possono provocare in modo immediato il vomito: onde è giocoforza ammettere anche un'influenza speciale dei sensi abnormemente eccitati sul sensorio, una vera vertigine psichica analoga a quella che si prova sporgendosi da un'alta torre, analoga a quella che può provocare la paura (esagerata anch'essa presso qualche sofferente di mal di mare). Anzi in casi eccezionali siffatti momenti patogenici sono così pronunciati che gli altri sembrano scomparire di fronte ad essi; e ciò a tal punto che hanno potuto esser presi come base per teorie del mal di mare. Senza commettere lo stesso errore di prendere per regola l'eccezione, si può però ammettere una *forma psichica* del mal di mare, rarissimamente netta, per lo più confusa con la *forma somatica* più comune, che deriva da anormali impulsi agenti su l'intera massa organica.

Conseguenze e complicanze. — Il mal di mare si collega così strettamente alla sua causa e scompare così presto quando questa viene a cessare, che merita appena il nome di malattia. Un certo deperimento e dimagramento si osserva solo in casi eccezionali, cioè in lunghe traversate procellose per quei rari individui così intolleranti da dovere stare continuamente coricati e quasi digiuni. Del resto col ritorno delle condizioni normali si ripristina così presto e bene l'appetito che non tardano a scomparire tutte le conseguenze degli sconcerti patiti.

Di emorragie dei varii organi, ernie strozzate, psicopatie, ecc., non si può incolpare il mal di mare checchè abbia asserito taluno; tutt'al più può occasionare crisi convulsive in individui altamente isterici. Le donne possono pure presentare dei disturbi menstruali, cosa che del resto si avvera anche nelle circostanze ordinarie per un'emozione, un cambiamento di vita, ecc. La gravidanza pare però sia realmente influenzata dal mal di mare nelle sue forme più gravi, potendo facilitare l'aborto, in causa delle violente contrazioni del diaframma nel vomito persistente.

A un disturbo così transitorio, non è stato mai possibile imputare un sol caso letale, onde riteniamo che, anche quando vi è un'affezione grave del cuore o dei polmoni, non possa derivare alcun danno diretto o indiretto da un attacco di mal di mare.

Antichi e moderni, anche relativamente recenti, hanno anzi attribuito al mal di mare virtù terapeutiche in morbi cronici del fegato, dei reni, del cervello (Celso, Aureliano, Ippocrate, Antillo, Gilchrist, Van Swieten, Fischer), nella diarrea e dissenteria cronica (Desgénettes), e ciò per effetto del vomito che provoca. Alla stregua delle attuali conoscenze non si può riconoscere affatto codesta presunta efficacia. D'altra parte non è certo per il mal di mare che lo sport nautico e la navigazione possono avere un'influenza curativa fisica e morale, ossia climatica, cinesiterapica e diversiva, negli ammalati di petto, negli anemici e nei nevrastenici.

Patogenesi. — Per dare una spiegazione del quadro sintomatico del mal di mare si sono escogitate molte teorie che non resistono ad una critica rigorosa, perchè non ispiegano tutti i fenomeni, o vanno in cerca di una localizzione insostenibile di fronte alla generalità degli organi interessati, o dànno una base puramente fisica e statica a fenomeni biologici d'indole molto complessa. Recentemente il Rosenbach ha proposto una nuova teoria che considera i fenomeni da un punto di vista molto più largo e comprensivo,

ma neanche essa è in tutto soddisfacente, come si vedrà nel breve esame che faremo di tutte.

1° *Il mal di mare dipende da modificazioni nella circolazione dell'encefalo.* — Il fisico Wollaston paragonava il sistema circolatorio agitato dal beccheggio a un tubo barometrico, in cui il mercurio sale per legge d'inerzia allorchè lo strumento viene bruscamente abbassato, e spiegava i noti fenomemi come effetto di una congestione cerebrale. Ma il paragone non calza perchè la pressione atmosferica gravita uniformemente su tutta la superficie dell'organismo, mentre nel barometro gravita solo sulla superficie libera del mercurio. Del resto la teoria è in contraddizione coi fatti perchè il volto è pallido, il polso è piccolo, vi è quasi una tendenza alla lipotimia.

La teoria in tal modo enunciata era così poco sostenibile che Pellarin, Fischer ed altri ve ne contrapposero una precisamente inversa. Essi dicevano: non è di congestione bensì di anemia cerebrale che si tratta, come lo provano i sintomi e il fatto che col tenere la testa declive, cioè favorendo l'afflusso del sangue al cervello, si ha un reale sollievo. Però non è affatto dimostrato, nè si comprende per qual meccanismo possa avvenire, che per effetto delle oscillazioni diminuisca la forza ascendente del sangue. Se tutto consistesse in un fatto fisico così semplice si avrebbero per una data ampiezza di oscillazione sempre gli stessi effetti in tutti gli individui, con la posizione orizzontale e l'inversione tutto sparirebbe, il che non è. In queste teorie si dimentica che i fenomeni circolatori sono sotto il dominio di forze regolatrici e compensatrici molto complesse; perciò i sintomi del mal di mare si spiegano assai meglio come effetto di un perturbamento di questa regolazione, possibile tanto coll'iperemia che coll'anemia, poichè dipendono piuttosto da un'eccitazione diretta o riflessa dei centri nervosi.

2° *Il mal di mare dipende da spostamenti del liquido cefalo-rachideo.* — Autric, riprendendo il paragone del tubo barometrico, lo applica unicamente al liquido cefalo-rachideo, onde i movimenti di flusso e riflusso di esso produrrebbero un'ipoemia ed un certo grado di commozione cerebrale. L'unilateralità di questa veduta, si combatte con gli argomenti già addotti contro la teoria dei disturbi circolatori.

Nè meno destituita di fondamento è un'altra teoria, secondo la quale il liquido cefalo-rachideo subirebbe degli spostamenti, non già per forza d'inerzia, bensì per azione della forza centrifuga.

Ma gli archi di cerchio descritti nel beccheggio sono assai più piccoli di quelli descritti nel rollìo, eppure si soffre assai più nel primo movimento che nel secondo. Anche in questo gli archi di cerchio rimangono assai inferiori a quelli che descrive la testa quando ci culliamo in una sedia a dondolo in cui per solito non si sente malessere alcuno; inoltre non si può invocare la forza centrifuga pei disturbi identici che incolgono taluni nel moto a ritroso o in senso verticale.

3° *Il mal di mare è una commozione cerebrale.* — Questa teoria, enunciata pel primo dal Larrey, suppone che la serie delle scosse si concentri soprattutto nel cervello, il quale per la sua consistenza semisolida e per le sue alte funzioni sarebbe in ispecial modo sensibile allo scuotimento molecolare. I giovani e quelli che hanno il cervello molto voluminoso e molle sarebbero più soggetti al mal di mare, mentre presso i vecchi il cui cervello è meno grande e più consistente gli effetti son meno frequenti.

Queste asserzioni sono affatto gratuite e noi sappiamo che i lattanti sono invece precisamente i meno travagliati dal mal di mare. Più grossolana ancora è l'altra teoria cerebrale concepita da Gilchrist, Sper ed altri, i quali attribuiscono i sintomi ad una commozione prodotta sull'asse cerebro-spinale per urti ripetuti contro le pareti non cedevoli dell'involucro osseo.

4° *Il mal di mare è dovuto all'agitazione dei visceri addominali.* — Keraudren così credeva; ma l'intensità del mal di mare non è proporzionale alla violenza delle oscillazioni, e d'altra parte il salto, l'equitazione, ecc. imprimono agli organi addominali scosse ben più forti senza produrre malessere e nausea.

5° *Il mal di mare consiste in un perturbamento del centro statico.* — Che tale centro esista realmente, la fisiologia non ha provato ancora, ed i sostenitori di tale teoria riferiscono i disturbi al midollo allungato, al cervelletto, ai canali semicircolari, a seconda delle ipotesi da cui partono.

Reynold ed altri attribuirono i fenomemi ad oscillazioni di pressione nell'ampolla dei canali semicircolari, senza dimostrare per qual meccanismo ciò possa avvenire. Possiamo

avere delle vertigini d'origine auricolare come se ne hanno d'origine oculare, nasale, laringea, ecc., ma non esiste un centro auditivo che serva in modo speciale alla statica e alla dinamica dei processi motori, al retto esercizio dei quali concorrono in adeguata misura il senso muscolare e cutaneo, la vista e l'udito; quando è soppresso uno di questi elementi, gli altri si affinano in modo particolare, onde i sordo-muti utilizzano maggiormente il senso muscolare e compensano per tal guisa nella regolazione dei movimenti la deficienza derivante dalla mancanza di impressioni uditive.

Il Riese, che pure ha apprezzato convenientemente alcuni dati della questione, è caduto anch'esso in una interpretazione unilaterale. Egli ammette anzitutto un centro statico situato nel cervelletto, non accettabile per le ragioni anzidette. Tale centro sarebbe sovraeccitato da impulsi anormali trasmessi in onda centripeta dai nervi muscolari sensibili, e riflessa in onda centrifuga per la via del vago e di altri nervi centrifughi.

Che l'arco riflesso centripeto sia costituito unicamente dai nervi del senso muscolare è un concetto troppo restrittivo; si può soffrire il mal di mare anche stando sospeso e quasi impacchettato in un'amacca o branda, inoltre, a prescindere dalle forme psichiche, in cui la via centripeta o afferente è costituita dal nervo ottico ecc., gli impulsi, le oscillazioni impressionano anormalmente la massa di tutti quanti gli organi e tutti i nervi di senso che si diramano in essi possono trasportare ai centri nervosi questi impulsi inusitati, dando luogo alla produzione di moti e disturbi riflessi.

6° *Il mal di mare è una vertigine ottica determinata dalla mobilità degli oggetti.* — Enunciata da Erasmo Darwin e sviluppata fra gli altri da Arronssohn e Ossian Bonnet, questa teoria ha avuto un certo seguito. Ma contro di essa si è fatto osservare che i ciechi non ne vanno immuni e il mal di mare non si evita completamente tenendo gli occhi chiusi. Non si può però disconoscere che la ridda degli oggetti e il continuo cambiare dell'orizzonte possano, col suscitare idee psichiche moleste, cooperare con le altre cause alla determinazione di questo stato patologico e in casi eccezionali costituirne anche la causa principale se non unica.

7° *Il mal di mare è dovuto all'influenza psichica della paura.* — Teoria assurda che ha avuto propugnatori in tutti i tempi da Plutarco a Guépratte, ma che in tutti i tempi fu smentita da tanti arditi navigatori ed eroi del mare. Con ciò non si nega che anche la paura per la sua azione depressiva possa in esseri deboli e impressionabili intervenire come causa coadiuvante ed aggravante.

8° *Il mal di mare è una cinetosi, cioè un disturbo del meccanismo della gestione od attività (a) psicosomatica* (Rosenbach). — Il Rosenbach concepisce la biodinamica dell'organismo come risultante dalla ordinata cooperazione (*Betrieb*) di minutissime macchinette che chiama *energeti* e il cui aggregato costituisce la cellula, i tessuti, gli organi, l'organismo intero. Gli energeti compiono un lavoro essenziale od organico per la genesi delle varie forme di energia, ed un lavoro estraessenziale o funzionale per la distribuzione o estrinsecazione di questa energia. Nelle affezioni organiche si ha una vera alterazione degli energeti onde cessa la genesi della energia, e il ristabilimento si può sperare soltanto da un aumento dell'attività degli energeti rimasti incolumi. Nei disordini funzionali è turbata soltanto la cooperazione e coordinazione delle minime macchine per il lavoro funzionale o estraessenziale; togliendo la causa diretta (nel mal di mare mettendo il piede a terra o col ritorno della calma), oppure riunendo energicamente gli energeti sotto il governo del moderatore di tutta l'azienda — la volontà — si può ristabilire uno stato approssimativamente normale.

Il Rosenbach designa appunto col nome di *cinetosi* tutti quei mutamenti funzionali che consistono in disordini del lavoro estraessenziale, provocati da azioni anomale puramente cinetiche, ossia da forme abnormi di movimento. Tali influenze colpiscono le disposizioni e l'equilibrio intermolecolare dei tessuti, perciò alterano direttamente le relazioni intercorrenti fra le particelle, donde il disordine funzionale degli energeti.

Il mal di mare, come già si è detto, sarebbe il rappresentante tipico delle cinetosi, mentre lo *shock* traumatico ne rappresenterebbe la forma più elevata e acuta.

Gli impulsi meccanici abnormi e disturbanti non sono soltanto risentiti localmente dalle singole particelle colpite, ma vengono trasmessi eziandio ai centri nervosi e possono anche

---

(a) Non saprei come tradurre altrimenti la parola *Betrieb* presa dal linguaggio commerciale e usata dall'autore in un senso che implica insieme il concetto di cooperazione, e coordinazione funzionale, di esercizio, ecc.

varcare la soglia della coscienza; onde dai centri nervosi più bassi come dall'organo della coscienza partono scariche reattive che, secondo la forza e direzione più o meno appropriata, possono moderare o aggravare maggiormente il disordine funzionale degli energeti.

Tuttavia nel mal di mare e nei disturbi analoghi, l'abnorme secrezione dello stomaco, gli anormali movimenti peristaltici, il vomito, ecc. si devono riferire anzitutto e principalmente ad un determinato influenzamento meccanico diretto del tessuto organico, ad un disturbo della sua funzione; onde il fegato, lo stomaco, l'intestino, il cervello e i plessi nervosi, ecc. secondo il Rosenbach sono in modo diretto e affatto locale morbosamente interessati, senza che entri in giuoco primariamente un'influenza nervosa.

Gli anormali impulsi provocano adunque nei vari organi e tessuti un disordine diretto del lavoro funzionale dei singoli energeti, come delle scosse disturberebbero il funzionamento di una macchina di precisione. Il disturbo locale per lo più mostra soltanto che in quel punto l'equilibrio è più labile, come il cadere di una statua o di un vaso in una casa scossa dal terremoto, naturalmente non ci indica il punto del massimo scuotimento, bensì quello in cui l'equilibrio era più instabile.

In un caso può esser affetto soltanto il cervello, in un altro anche gli organi addominali di per sè stessi; tuttavia i disturbi in questi ultimi, come pure le affezioni combinate, sono più forti e frequenti.

L'entità dei disturbi dipende dalla maggiore o minore capacità dell'organismo di riparare con pronti compensi gli effetti massimi sull'energetica o dinamica dell'organismo; ne segue che la disposizione individuale e l'accomodazione, o avvezzamento che avviene con l'esercizio, devono rappresentare una gran parte.

Il Rosenbach è senza dubbio quegli che ha studiato meglio la questione sotto tutti i suoi aspetti e che ha dato le ragioni più soddisfacenti di tutti i fenomeni. Tuttavia ci pare che con l'ipotesi dei suoi energeti abbia oscurato anzichè chiarito la spiegazione che dà egli stesso dei disturbi, trascendendo i limiti a cui arrivano le nostre conoscenze circa la struttura e l'organizzazione animale (*a*). A questi energeti o macchinari assai più piccoli delle cellule, egli ha attribuito funzioni troppo indipendenti ed ha dato alla dinamica molecolare un'importanza soverchia per i fenomeni che si trattava d'interpretare. Egli ritiene che lo stato patologico del mal di mare si estrinsechi anzitutto e principalmente come un'anomalia locale del lavoro funzionale negli organi che sono più sensibili allo scuotimento generale; tuttociò senza che entri in gioco l'influenza del sistema nervoso, la cui azione si svolgerebbe solo in via secondaria.

Ora, noi ammettiamo bensì che il primo anello della catena formante il processo del mal di mare sia costituito da impulsi meccanici intermolecolari, ma questi, per gli effetti fisiopatologici rimarrebbero lettera morta, se le finissime diramazioni dei nervi nella trama dei tessuti non fossero pronte a ricevere quelle minime impressioni ed a portarle ai centri nervosi, dove vengono elaborate e donde parte la scarica reattiva con la quale si estrinseca il mal di mare. Un organismo senza nervi sarebbe incapace di soffrirne, e nei vegetali

---

(*a*) Il Rosenbach ha sviluppato la sua teoria in parecchie Memorie e in una monografia scritte in stile involuto, tanto più difficile inquanto l'argomento si presta a ragionamenti che della fisica hanno la terminologia, ma della metafisica il contenuto. L'A. si è formato persino un *credo* fisico speciale; per lui gli esilissimi impulsi cinetici i cui risultati noi designamo col nome di calor raggiante, luce, ecc., non sono movimenti ondulatorii di atomi d'etere imponderabili come l'odierna fisica ammette, ma correnti di tenuissima materia cosmica, che soltanto dove vengono ad urtarsi coi corpi terrestri (già coll'atmosfera) si combinano con oscillazioni ondulatorie delle particelle costituenti le masse.

L'A. invoca come Schopenhauer la longanimità del lettore e lo prega di rileggere attentamente più di una volta i suoi scritti. In così breve trattazione sarebbe stato impossibile seguirlo per questa via, e noi abbiamo ridotto la sua teoria alla più semplice espressione.

che si trovano appunto in tali condizioni nessuno ha mai notato qualche cattiva influenza per incomposti scuotimenti.

Fin dalla nascita, il nostro organismo e per esso il sistema nervoso è abituato nella vita giornaliera ad una certa categoria di movimenti più o meno regolari, che gli diventano abituali ed a cui reagisce in modo normale; di fronte a nuove e inusitate forme di movimento, rimane sconcertato finchè non vi faccia l'abitudine, cioè acquisti un certo grado di avvezzamento. In caso contrario, trovandosi davanti a casi imprevedibili, rimarrà disorientato e disordinata sarà la scarica reattiva, occasionata dalle insolite impressioni venute dalla periferia.

Ed è appunto da questa disarmonica cooperazione, da quest'anarchia di correnti che si interferiscono, intercettano, deviano e straripano, che ha origine il mal di mare, una *nevrosi transitoria* che si rivela con disturbi vasomotorii, disturbi della digestione, delle secrezioni, ecc., con vertigine, vomito, vale a dire una *nevrosi riflessa* in cui le scariche reattive si diffondono per le più facili vie centrifughe costituite dal pneumogastrico e dal simpatico.

Nei lattanti in cui le impressioni per le più comuni forme di movimento non hanno ancora piegato i centri nervosi ad un dato lavoro, gli impulsi meccanici, per quanto capricciosi, lascieranno più o meno indifferenti quei centri stessi. Questi, negli individui congenitamente molto resistenti, disporrebbero di una energia di riserva che riesce facilmente e rapidamente a procurare i necessari compensi. D'altra parte l'avvezzamento procurerà una sempre maggiore coordinazione e moderazione nelle scariche reattive, che saranno dirette ad uno scopo utile anzichè perturbatore.

Così comprendiamo come il mal di mare si manifesti con maggior frequenza e intensità nelle donne, negli individui isterici e nevrotici, in cui il sistema nervoso è facilmente irritabile e perturbabile, e in cui le vertigini sono pure manifestazioni comuni e frequenti. Anzi, se dovessimo classificare in un gruppo qualsiasi delle nevrosi il mal di mare, sarebbe appunto fra le vertigini o nevrosi riflesse che lo collocheremmo, a lato cioè delle vertigini stomacale, laringea, oculare, nasale, *ab aure laesa*, ecc., e lo ascriveremmo più precisamente ad un sottogruppo comprendente tutte le forme che il Rosenbach chiama cinetosi, nelle quali l'eccitamento periferico è puramente meccanico e non parte da un organo isolato, ma da tutta la massa corporea.

Codesto modo di interpretare la patogenesi del mal di mare deriva in parte dalla teoria del Riese, in parte da quella del Rosenbach. Sbarazzata della zavorra inutile dell'energetica infinitesimale di quest'ultimo autore, ci pare che la teoria proceda più agile e snella e dia un concetto più chiaro e soddisfacente del come si succedono e svolgono i fenomeni che abbiamo analizzato.

Cura. — Benchè il mal di mare non porti seco pericoli di sorta, è talmente penoso che si è sempre cercato di combatterlo in mille modi, onde anche più numerosi delle teorie sono i rimedi proposti. È evidente però, data l'origine meccanica dei disturbi, che l'unico modo di togliere di mezzo la causa, vale a dire l'unico rimedio specifico, è il ritorno alla calma degli elementi o il scendere a terra. Nondimeno qualche cosa si può fare per prevenire, ritardare e alleviare le sofferenze.

Profilassi. — Per neutralizzare le oscillazioni della nave si sono inventati seggioloni, e perfino cabine e saloni con sospensione cardanica; ma, vista la poca o nessuna praticità di questi mezzi, lo spediente più semplice ed utile

resta sempre quello di star coricati su di un telaio sospeso, che si può avere facilmente a bordo di qualsiasi nave.

Abortirono pure i progetti di isole galleggianti formate di più navigli riuniti insieme, le modificazioni troppo radicali alle forme snelle dei bastimenti (navi tondeggianti o Popofche), ecc., poco compatibili con le esigenze nautiche. L'unico mezzo per diminuire le oscillazioni e dare maggiore stabilità alla nave consiste nell'inserire delle alette sui suoi fianchi un po' al disotto della linea di galleggiamento; l'idea ha avuto un'applicazione pratica e utile su alcune corazzate italiane, per cui si rese più facile ed esatto il puntamento delle artiglierie con mare agitato; e, poichè non ne scapita la velocità della nave, tale spediente potrebbe essere adottato anche dalla marina mercantile.

Finchè il mare non è troppo agitato o si è abbastanza resistenti perchè il malessere non passi certi limiti, la profilassi individuale si può limitare a mettere in pratica tutte le vecchie prescrizioni suggerite dall'esperienza dei naviganti. Non salire a bordo digiuni e neanche immediatamente dopo il pasto, ma a digestione avviata; a bordo continuare a tenere lo stomaco occupato senza rimpinzarlo troppo; ridurre gli alcoolici a piccole dosi frazionate, non bere molto e dare la preferenza a bevande gasose e acidule; attenersi di preferenza agli alimenti solidi e secchi, cioè al pane e al biscotto, ai cibi salati e acidetti, rispettando le idiosincrasie abituali o eventuali (*a*); evitare l'aria viziata dei locali inferiori, la puzza di cucina e delle macchine; stare il più che si può in coperta camminando e cercando di distrarsi, senza fissare cogli occhi gli oggetti mobili; comprimere leggermente l'addome con una larga cintura, non tanto stretta però da impedire il libero giuoco delle escursioni toraciche; fare delle inspirazioni periodiche moderatamente profonde; soprattutto occuparsi di qualche cosa e a preferenza di lavori manuali e anche faticosi.

Se malgrado queste precauzioni i vomiti sopravvengono, bisogna rassegnarsi a tenere la posizione orizzontale che d'ordinario permette di alimentarsi e apporta sempre un sollievo, massime se si può stare distesi su di un telaio sospeso in luogo ben aerato. Giova stare ben coperti, con gli arti piegati verso il ventre su cui si fa una leggiera pressione, oppure giacere bocconi.

Ma trattandosi di traversate lunghe e di persone che devono necessariamente affrontare spesso il mare, vale assai meglio armarsi di energia e cercare di avvezzarsi, vomitare e ricominciar da capo ad alimentarsi nel modo anzidetto, continuando a far moto e ad attendere alle ordinarie occupazioni. Con un po' di perseveranza è ben raro che non si riesca a procurarsi una immunità assoluta o almeno relativa.

Terapia medicamentosa. — In tutti i tempi si è cercato di mitigare i sintomi del mal di mare ricorrendo ai narcotici e ai sedativi, i quali abbassano l'eccitabilità generale e locale. L'azione di questi rimedi è però transitoria, palliativa; vi sono persone che hanno per alcuni di essi speciali idiosincrasie che ne rendono l'uso pericoloso; in ogni caso vanno adoperati con cautela e non se ne può continuare a lungo l'amministrazione, poichè lasciano dietro di sè uno stato di depressione per cui aumenta la ricettività stessa per il mal

(*a*) Molti in questo stato non tollerano la carne, il formaggio, il vino rosso, il caffè. Gradite e appetitose tornano le frutta non troppo dolci e acquose, per es. le mele e le cosidette *caponate* fatte con galletta leggiermente inzuppata di acqua e aceto e condita con olio, sale, pepe, accompagnata con acciughe e capperi o altri vegetali conservati sott'aceto.

di mare. Tuttavia nelle traversate brevi e nei sintomi angosciosi culminanti, vi si può ricorrere con fiducia, scegliendo fra di essi i più adatti.

Tra l'oppio e i suoi componenti, la morfina per iniezione ipodermica ($^1/_2$-2-3 centigr.) si mostra la più efficace ed è indicata soprattutto nel mal di mare conclamato.

Un'azione meno intensa ma più duratura ha la cocaina, che previene facilmente la nausea e il vomito e si può prendere in soluzione di 2-5 centigr. al giorno, oppure in pastiglie contenenti ciascuna un centigrammo.

Il cloralio e i suoi succedanei sono indicati soprattutto quando il malessere è facilitato da un particolare indebolimento per insonnia; nei vomiti dichiarati però peggiorano la situazione.

L'antipirina e la fenacetina trovano solo indicazione quando vi è predominio di sintomi da parte della testa.

Beneficî maggiori che dagli anzi citati rimedi si possono attendere dai preparati di bromo, che, in una nevrosi riflessa qual'è il mal di mare, trovano l'indicazione più razionale e pratica; essi hanno inoltre il vantaggio di poter essere spinti a dosi piuttosto alte e continuate a lungo, per lo più senza inconvenienti.

Barker, Lente, Beard, Rockwell ed altri non solo raccomandano caldamente i bromuri ma sostengono che si devono dare a scopo preventivo, poichè con essi la battaglia contro il mal di mare si può combattere anzitutto e soprattutto a terra. Il Beard specialmente fu il banditore di codesta bromizzazione preventiva; essa va determinata due o tre giorni prima della partenza e deve essere continuata per qualche tempo dopo aver salpato e talvolta anche per l'intero viaggio.

In generale bastano due grammi presi tre volte al giorno, ma in molti casi è necessario andare anche più in là (10 gr. sono tollerati impunemente). Stabilita così la saturazione bromica, a bordo si manterrà costante con dosi di 3-4 gr. ogni sera. Si deve preferire il bromuro di sodio perchè meno irritante e disgustoso e darlo sciolto in molt'acqua, [preferibilmente di Seltz].

Quando la bromizzazione non fosse stata antecedentemente procurata o esistesse per essa qualche controindicazione, secondo il Beard, l'iniezione sottocutanea di solfato di atropina in dose di $^1/_3$-$^1/_2$ di milligr. costituirebbe un efficace succedaneo.

Tacciamo di altri farmaci che potrebbero surrogare qualcuno dei precedenti, come tacciamo del lauroceraso, della valeriana, del nitrito d'amile, dell'ossalato di cerio, che hanno avuto qualche momento di voga o qualche fanatico propugnatore.

Del resto, le ricette e le specialità a base di polifarmacia, vantate da medici o strombazzate dalla *réclame*, per il mal di mare formano una serie infinita, che, se hanno qualche efficacia, la devono a qualcuno dei farmaci di cui abbiamo specificato l'uso.

Volendo riassumere in pochi aforismi la condotta che deve tenere il medico secondo i diversi casi, concluderemo così:

1º Se la navigazione è casuale e di breve durata, attenuare le sofferenze senza preoccuparsi dell'assuefazione ulteriore. In tali casi si avranno i migliori beneficî dall'uso della cocaina, della morfina, del cloralio, nonchè dalle vecchie prescrizioni profilattiche suggerite dall'esperienza comune dei naviganti.

2º Se la navigazione dev'essere lunga, in istagioni con mare frequentemente burrascoso, per individui molto suscettibili ricorrere alla cura preventiva con la bromizzazione condotta secondo il metodo del Beard.

3° Se si tratta di individui che devono abbracciare una professione marinaresca o devono affrontare frequentemente il mare, bisogna sforzarsi di renderli resistenti e agguerriti, persuadendoli che l'avvezzamento è l'unica via per riuscire a ciò.

BIBLIOGRAFIA

Anelli, Sul mal di mare; *Annali univ. di Med.*, Milano 1868, 391. — Id., Intorno al mal di mare; *Ibid.*, 413. — Apollonio C., Intorno alla fisiologia del mal di mare; contribuzione critico-sperimentale allo studio delle vertigini; *Riv. clin.*, Milano 1891. — Aronsshon, Mémoire sur la cause et la prophylaxie du mal de mer; *Union méd.*, Paris 1860. — Ash, Sea-sickness; *Brit. med. Journ.*, London 1883. — Autric, Théorie physiologique du mal de mer; Thèse Montpellier, 1868. — Beard, Practical treatise on Sea-sickness; New York 1880. — Brachetti, Del mal di mare; *Gaz. med. ital. prov. venete*, Padova 1859. — Darwin E., Zoonomia, London 1790. — Déry, Die Seekrankheit, Jena 1889. — Fonssagrives, Traité d'hygiène navale, Paris 1877. — Giacich, Il mal di mare; *Rivista marittima*, maggio 1888. — Gilchrist, Use of sea voyages, Paris e Londres 1770. — Grimelli, Il mal di mare esaminato nell'uomo e nel cavallo, Reggio Modena 1855. — Hutchinson, Chloroform in sea sickness; *Lancet*, London 1893. — Johnston, On the subcutaneous injection of morphium as a remedy in sea-sickness; *Med. Times and Gazette*, London 1869. — Kéraudren, Essai sur les phénomènes, le causes et la terminaison du mal de mer; *Journ. de Méd. et de Chir.*, Paris 1812. — Id., Mal de mer, in *Dictionn. des Sciences méd.*, Paris 1818. — Larrey, Mémoires de chirurgie militaire, Paris 1812. — Maennicke, *De morbo marino*, Berlin 1830. — Neuhaus, Ueber die Seekrankheit; *Berl. klin. Wochenschr.*, 1885. *Mitth. d. Ver. d. Aerzte*, Wien 1886. — Obet, Traitement du mal de mer par le chloral et les soins hygiéniques; *Arch. de méd. navale*. Paris 1875. — Ossian Bonnet, De l'antipyrine contre le mal de mer; *Comptes rendus*, 1888. — Pardo, Del mareo, etiologia, sintomatologia, ecc.; *Anfiteatro anat.*, Madrid 1875. — Plinius, Naturalis historia, lib. XXXI, cap. 6. — Riese, Die Seekrankheit; Diss. Berlin 1888. — Rey, Mal de mer in *Dictionn. encyclop. des Sciences méd.*, Paris 1875. — Rochard et Bodet, Traité d'hygiène, médecine et chir. navale. Paris 1896. — Rosenbach, Zur Lehre der Seekrankheit; *Berl. klin. Woch.*, 1891. — Id., Studien über Seekrankheit, Berlin 1891. — Id., Seekrankheit; *Eulenburg's Encyklop.*, 1892. — Id., Moleculare Störungen und Seekrankheit; *Naturwissenschaftliche Woch.* 1892. — Id., Die Seekrankheit als Typus der Kinetosen, Wien 1896. — Id., Die Seekrankheit in *Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie*, Wien 1896, XXII Band. III Theil, II Abtheilung.

Per una completa bibliografia V. quest'ultima monografia del Rosenbach, in cui si trovano le indicazioni di 267 lavori.

[Come complemento al presente volume riportiamo qui la statistica dei morti per alcune malattie nervose nel regno d'Italia, che, fino ad un certo punto, serve a darci un'idea approssimativa della loro frequenza.

STATISTICA

NB. Si vollero comprendere in questa Tavola alcune cause di morte che colle malattie nervose non hanno stretta attinenza, ed in ultimo è riportata, per paragone, la mortalità generale nel regno in cifre assolute e proporzionali a 10,000 abitanti, per tutte le malattie.

(Vedi Tabella a pagina seguente).

Osservando poi le professioni dei morti per apoplessia cerebrale troviamo per gli anni 1890-1891 che soccombettero a questa malattia su 100 morti per qualsiasi causa:

	1890	1891
Sacerdoti e monaci	18,8	17,1
Pensionati	17,1	14,5
Medici	16,5	13,6
Avvocati e notai	15,2	14,4
Farmacisti	15,1	16,3
Portieri	13,5	10,9
Capitalisti e benestanti	12,5	12,8
Di qualsiasi professione	8,5	8,7

Se si eccettuano i medici, vedesi come siano le professioni sedentarie che dànno un maggior contingente di morti per apoplessia (S.)].

Statistica dei morti nel regno d'Italia durante gli anni 1887-1894 per le seguenti malattie, in cifre assolute (colonna *a*) e proporzionali a 10,000 abitanti (colonna *b*).

	1887		1888		1889		1890		1891		1892		1893		1894	
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
Congestione ed apoplessia cerebrale	32,296	10,9	33,489	11,2	31,598	10,5	30,639	10,2	31,629	10,4	31,047	10,2	30,619	10,0	31,107	10,1
Meningite epidemica	326	—	93	—	171	—	64	—	12	—	8	—	2,014	—	1,262	—
» tubercolare	2,827	1,0	3,100	1,0	3,271	1,1	3,324	1,1	3,805	1,3	3,757	1,2	4,142	1,4	4,175	1,4
» semplice	13,762	4,7	14,804	5,0	14,074	4,7	13,597	4,5	14,086	4,6	14,353	4,7	16,309	5.3	14,715	4,8
Encefalite	2,321	0,8	2,487	0,8	2,441	0,8	1,813	0,6	1,797	0.6	1,470	0,5	1,140	0,4	1,234	0,4
Idrocefalo (non congenito)	2,476	0,8	2,643	0,9	2,401	0,8	2,035	0,7	2,296	0,8	2,093	0,7	2,141	0,7	1,326	0,4
Mielite e meningite spinale	2,742	0,9	2,918	1,0	3,053	1,0	2,942	1,0	2,961	1,0	2,879	0,9	2,843	0,9	3,061	1,0
Tabe dorsale	1,627	0,5	1,603	0,5	1,088	0,4	2,118	0,7	2,529	0,8	2,098	0,7	1,707	0,6	1,555	0,5
Tumori cerebrali e spinali	349	0,1	370	0,1	431	0,1	484	0,2	419	0,1	444	0,1	445	0,1	508	0,1
Corea	103	—	108	—	118	—	90	—	103	—	99	—	100	—	83	—
Eclampsia	23,833	8,1	23 960	8,0	23,229	7,8	22,689	7,5	22,260	7,3	21,117	6,9	20,883	6,8	19,839	6,4
Epilessia	1,840	0,6	2,308	0,8	2,211	0,7	2,145	0,7	2.232	0,7	2,170	0,7	2,069	0,7	1,905	0,7
Demenza paralitica	362	0,1	454	0,2	395	0,1	303	0,1	308	0,1	367	0,1	356	0,1	250	0,1
Tetano (traumatico e per altre cause)	1,041	0,4	787	0,3	748	0,2	791	0,3	615	0,2	598	0,2	677	0,2	802	0,3
Alcoolismo	434	0,1	423	0,1	426	0,1	485	0,2	463	0,2	625	0,2	646	0,2	625	0,2
Diabete mellito e insipido	490	0,2	559	0,2	546	0,2	637	0,2	680	0,2	792	0,3	704	0,2	700	0,2
Gotta	231	0,1	228	0,1	211	0,1	170	0,1	109	—	85	—	109	—	133	—
Pellagra	3,688	1,2	3,483	1,2	3,113	1,0	3,691	1,2	4,303	1,4	4,292	1,4	3,250	1,1	3,028	1,0
Suicidii	1,449	0,5	1,590	0,5	1,463	0,5	1,652	0,5	1,697	0,6	1,723	0,6	1,737	0,6	1,732	0,6
TOTALE GENERALE	828,992	280,1	820,431	275,5	768,068	256,3	795,911	263,9	795,327	262,1	802,779	262,9	776,713	253,6	776,372	251,9

INDICE DELLE MATERIE

contenute nel Volume VI, parte terza

GILBERTO BALLET e PAOLO BLOCQ — **Paralisi generale progressiva.**

Definizione, Storia . . . . *Pag.* 3
Eziologia, Frequenza . . . . » 6
Climi . . . . » 7
Distribuzione della Psicopatia paralitica in Italia . . . . » 8
Razza, Età, Sesso . . . . » 9
Condizione sociale, Professione . . . . » 10
Eredità, Sifilide . . . . » 11
Strapazzo, Eccessi . . . . » 12
Intossicazioni, Infezioni, Insolazione, Traumatismo, Associazione di più cause » 13
Anatomia patologica . . . . » 14
Vasi . . . . » 18
Linfatici . . . . » 19
Cellule nervose, Fibre nervose . . . . » 20
Nevroglia, Nuclei, Ependima . . . . » 21
Sostanza bianca, Natura ed andamento delle lesioni encefaliche . . . . . » 22
Bulbo, Midollo . . . . » 23
Nervi periferici, Estensione del processo morboso . . . . » 25
Sintomi, Periodo prodromico . . . . » 27
Disturbi psichici . . . . » 28
Disturbi somatici . . . . » 29
Forme prodromiche . . . . » 30
Periodo di stato . . . . » 31
Disturbi psichici . . . . » 32
Disturbi somatici . . . . » 36
Disturbi della parola . . . . » 43
Disturbi dell'apparato visivo . . . . » 44
Disturbi della sensibilità . . . . » 46
Disturbi dei riflessi . . . . » 47
Disturbi trofici, Disturbi degli apparecchi della vita organica e disturbi nello stato generale . . . . » 48
Complicazioni . . . . » 50
Associazioni, Andamento, Forme . . . . » 51
Durata, Remissioni, Esito . . . . » 53
Prognosi . . . . » »
Diagnosi . . . . » 54
Pseudo-paralisi generali . . . . » 56
Patogenesi, Natura . . . . » 59
Cura . . . . » 63
Bibliografia . . . . » 66

GILBERTO BALLET — Le Psicosi.

Considerazioni generali . . . . . . Pag. 69
Sguardo storico . . . . . . » 71
Classificazione delle psicosi . . . . . . » 77
Bibliografia . . . . . . » 80

A. *Vesanie tipiche primitive* . . . . . . » 82
I. Mania . . . . . . » »
Definizione . . . . . . » »
Storia . . . . . . » 83
Frequenza . . . . . . » 84
Eziologia . . . . . . » 85
Sintomatologia, Prodromi, Quadro del maniaco . . . . . . » 86
Analisi dei sintomi, Disturbo mentale, Disturbo dell'attenzione . . . . . . » 87
Associazioni delle idee . . . . . . » 88
Concetti deliranti, Stato emotivo . . . . . . » 92
Funzioni organiche . . . . . . » 94
Decorso, durata, esiti . . . . . . » 96
Varietà . . . . . . » 98
Forme e gradi della mania idiopatica . . . . . . » 100
Diagnosi . . . . . . » »
Anatomia patologica . . . . . . » 102
Prognosi, Cura . . . . . . » 103
Bibliografia . . . . . . » 106
II. Malinconia . . . . . . » 107
Definizione . . . . . . » »
Storia . . . . . . » 108
Frequenza . . . . . . » 109
Sintomatologia, Prodromi, Aspetto del malinconico, Analisi dei sintomi, Disturbo fondamentale, Sentimento di tristezza e d'impotenza . . . . . . » 110
Idee deliranti . . . . . . » 113
Disturbi della sensibilità. Allucinazioni ed illusioni . . . . . . » 114
Atti . . . . . . » 116
Disturbi organici . . . . . . » 117
Varietà . . . . . . » 121
Melanconia semplice, Melanconia depressiva con idee deliranti . . . . . . » 122
Melanconia con istupore . . . . . . » 123
Melanconia ansiosa . . . . . . » 125
Decorso, Durata, Esiti, Prognosi . . . . . . » 126
Diagnosi . . . . . . » 129
Eziologia . . . . . . » 131
Anatomia patologica . . . . . . » 132
Cura . . . . . . » 133
Bibliografia . . . . . . » 139
III. Confusione mentale (Amenza confusionale e stupida) . . . . . . » »
Definizione . . . . . . » »
Storia . . . . . . » 140
Eziologia . . . . . . » 142
Sintomatologia . . . . . . » 144
Forme . . . . . . » 150
Decorso e durata, Prognosi ed esiti, Anatomia patologica . . . . . . » 152
Diagnosi . . . . . . » 153

Cura . . . . Pag. 155
Bibliografia . . . . » 157

B. *Cerebro-psicopatie infettive e tossiche* . . . . » 158
I. Delirio acuto . . . . » »
Storia e definizione . . . . » 159
Eziologia . . . . » 160
Sintomi . . . . » 161
Varietà, Diagnosi . . . . » 163
Prognosi, Anatomia patologica, Patogenesi e natura . . . . » 165
Cura . . . . » 168
Bibliografia . . . . » 169
II. Psicosi tossiche . . . . » »
Concetto e posizione nosografica delle psicosi tossiche . . . . » »
Intossicazioni ed auto-intossicazioni . . . . » 171
Varietà di forme delle psicosi tossiche . . . . » 173
Classificazioni delle Encefalopatie tossiche con psicosi . . . . » 178
A. Pazzia alcoolica . . . . » 179
Numero delle Frenosi alcooliche accolte nei Manicomii d'Italia secondo le statistiche inviate dai loro Direttori . . . . » 180
Distribuzione geografica della Pazzia alcoolica in Italia ricavata dalle statistiche dei Manicomii . . . . » 181
Forme principali assunte dalla cerebro-psicosi alcoolica . . . . » 183
Bibliografia . . . . » »
B. Morfinomania, Cocainomania e Morfio-cocainomania . . . . » 184
Morfinomania . . . . » »
Sintomatologia neuro-psichica e decorso del morfinismo cronico soddisfatto » »
Periodo iniziale . . . . » »
Periodo del morfinismo abituale e necessario soddisfatto . . . . » 185
Periodo terminale o cachettico . . . . » 186
Sintomi neuro-psichici nel morfinismo cronico insoddisfatto . . . . » 187
Cocainomania . . . . » »
Morfino-cocainomania . . . . » 188
Prognosi della morfinomania, cocainomania, morfino-cocainomania . . . . » 189
Cura della morfinomania, cocainomania e morfino-cocainomania . . . . . » »
Bibliografia . . . . » 190

C. *Psicosi costituzionali* . . . . » 191
I. Pazzia periodica . . . . » »
Definizione . . . . » »
Decorso della pazzia periodica . . . . » 192
Schema delle diverse forme della follia periodica . . . . » 194
Sintomi . . . . » 196
Accesso maniaco . . . . » 197
Accesso malinconico . . . . » 199
Periodi di « lucido intervallo » . . . . » 201
Natura . . . . » 202
Eziologia . . . . » 203
Diagnosi . . . . » 205
Prognosi . . . . » 206
Cura . . . . » 207
Bibliografia . . . . » 208
II. Paranoia tardiva sistematica . . . . » »
Storia e definizione . . . . » »
Sintomi, Inizio, Stadii . . . . » 212
Descrizione . . . . » 214

Periodo di incubazione [o di apprensione] . . . . Pag. 214
Periodo egocentrico o d'interpretazione delirante . . . . » 215
Periodo delle allucinazioni e del delirio di persecuzione . . . . » 217
Periodo [metabolico, o] del delirio di grandezza . . . . » 223
Periodo [dissolutivo, con indebolimento mentale, o] di demenza . . . . . . » 226
Decorso, Durata, Esiti, Prognosi . . . . » 227
Anatomia patologica e patogenesi . . . . » 229
Diagnosi . . . . » 230
Frequenza . . . . » 232
Eziologia . . . . » 234
Cura . . . . » 235
Bibliografia . . . . » 236

Appendice. — *Le demenze* . . . . » 237
Definizione . . . . » »
Sintomatologia generale, Stato mentale . . . . » 238
Stato fisico . . . . » 240
Varietà cliniche della demenza . . . . » 241
Eziologia e varietà patogenetiche delle demenze . . . . » 242
Classificazione delle varie forme di demenza . . . . » 244
Demenze terminali post-vesaniche, Frequenza . . . . » 245
Forme . . . . » 246
Anatomia patologica . . . . » 247
Bibliografia . . . . » 248

D. *Psicosi costituzionali degenerative* (Parafrenie) . . . . » 249
Definizione e cenni storici . . . . » »
Eziologia . . . . » 252
Bibliografia, Sintomatologia . . . . » 257
I. Caratteri fisici di degenerazione . . . . » »
Descrizione delle stimmate degenerative . . . . » »
A. Stimmate somatiche (antropologiche) . . . . » 258
Cranio . . . . » »
Faccia . . . . » 259
Torace e addome, Organi genitali, Arti . . . . » 260
Pelle, Organi interni . . . . » 261
B. Stimmate funzionali (fisiopatiche) . . . . » 262
Valore delle stimmate degenerative . . . . » 266
Bibliografia . . . . » 267
II. Stato mentale dei degenerati . . . . » 268
A. Anomalie dell'intelligenza . . . . » 269
Idiotismo . . . . » »
Distribuzione geografica dei frenastenici (idioti e cretini) in Italia secondo i censimenti ufficiali . . . . » 271
Bibliografia, Imbecillità . . . . » 272
Bibliografia, Fatuità, Debolezza mentale . . . . » 274
Squilibrio intellettuale . . . . » 275
Bibliografia . . . . » 276
B. Anomalie del senso morale e del carattere . . . . » 277
Anomalie del carattere, propriamente dette . . . . » 278
Bibliografia, Mania ragionante e Pazzia morale . . . . » 280
Bibliografia, Pazzia morale . . . . » 282
Definizione e autonomia nosologica della pazzia morale . . . . » 283
Varietà . . . . » 285
Descrizione . . . . » 286
Bibliografia . . . . » 289

Paranoia originaria semplice espansiva ed eccentrica, e stati paranoici e paranoidi in fase aggressiva . . . . *Pag.* 290
Costituzione psichica generale a tutto il gruppo dei paranoici espansivi e paranoidi aggressivi . . . . » 292
Varietà . . . . » 295
Paranoia querelante o querelosa . . . . » 296
Paranoia riformatrice . . . . » 297
Paranoia religiosa e mistica . . . . » 300
Paranoia inventoria . . . . » 302
Paranoia ipocondriaca . . . . » 303
Paranoia originaria, ambiziosa e genealogica . . . . » 304
Paranoia originaria, sessuale ed erotica . . . . » 306
Significato nosologico della sindrome, persecuzione attiva o ragionante . . » 308
C. Anomalie dell'emotività e della volontà . . . . » 309
Natura costituzionale e caratteri comuni di tutte le fissazioni . . . . . . » 310
Classificazione . . . . » 312
Anomalie degenerative dell'emotività . . . . » 314
Paranoia rudimentaria ideativa . . . . » 315
Paranoia rudimentaria emotiva . . . . » 318
Bibliografia, Anomalie degenerative della volontà . . . . » 322
Paranoia rudimentale impulsiva . . . . » 323
Abulia . . . . » 331
Bibliografia . . . . » 332
Significato clinico delle fobie . . . . » 333
Psicopatia sessuale costituzionale . . . . » 334
Bibliografia . . . . » 340
III. Psicosi episodiche dei degenerati . . . . » »
Considerazioni generali . . . . » »
Eccitazione maniaca e Mania degenerative . . . . » 343
Depressione malinconica e Malinconia degenerative . . . . » 344
Amenza ed episodii confusionali e stupidi dei degenerati . . . . » 345
Paranoia acuta pseudosistematica . . . . » 346
Paranoia sistematica originaria . . . . » 349
Bibliografia . . . . » 359
IV. Diagnosi, prognosi e cura delle psicosi degenerative . . . . » »
Diagnosi . . . . » »
Prognosi . . . . » 361
Cura . . . . » 362

PAOLO BLOCQ — **Coree.**

A. Corea vera, gesticolatoria . . . . *Pag.* 368
Corea dei bambini, Storia . . . . » »
Eziologia, Clima, Paesi, Razze, Stagioni, Età . . . . » 371
Sesso, Ereditarietà, Reumatismo, Cardiopatie . . . . » 372
Affezioni croniche ed acute . . . . » 373
Traumi, Eccitamenti genitali, Impressioni morali, Imitazione, Patogenesi, Teoria reumatica e nervosa . . . . » 374
Teoria infettiva . . . . » 376
Anatomia patologica . . . . » 378
Fisiologia patologica . . . . » 381
Sintomi, Motilità . . . . » 382
Sensibilità . . . . » 386
Stato mentale . . . . » 387

Disturbi cardiaci . . . . . Pag. 389
Forme, Complicazioni . . . . . » 392
Decorso, Durata, Esiti, Recidive . . . . . » 393
Prognosi, Diagnosi . . . . . » 394
Cura . . . . . » 395
Corea molle, Storia . . . . . » 398
Definizione, Divisione . . . . . » 399
Cause . . . . . » 400
Sintomi . . . . . » 401
Diagnosi . . . . . » 402
Cura . . . . . » 403
Corea delle gravide . . . . . » »
Eziologia, Sintomi . . . . . » 404
Decorso, Durata, Esito, Natura, Prognosi, Diagnosi . . . . . » 405
Corea cronica, Storia . . . . . » 406
Eziologia . . . . . » 407
Anatomia patologica, Patogenesi . . . . . » 408
Natura . . . . . » 409
Sintomi . . . . . » 410
Decorso, Esito, Prognosi . . . . . » 411
Diagnosi . . . . . » 412
Cura . . . . . » 413
B. Pseudo-corea elettrica, Mioclonia . . . . . » »
Paramyoclonus multiplex (di Friedreich), Storia . . . . . » 415
Eziologia, Sintomi . . . . . » 416
Decorso, Durata, Esiti . . . . . » 418
Diagnosi, Patogenesi, Natura . . . . . » 419
Cura . . . . . » 420
Corea di Bergeron . . . . . » 421
Corea fibrillare (di Morvan) . . . . . » 422
Corea del Dubini . . . . . » 423
(Aggiunta di **B. Silva**, pag. 424, in nota).

LAMY — **Paralisi agitante.**

Sintomi . . . . . Pag. 426
Decorso, Varietà cliniche, Diagnosi . . . . . » 430
Prognosi, Anatomia patologica, Patogenesi . . . . . » 431
Eziologia, Cura . . . . . » 432

HALLION — **Malattia di Thomsen.**

Eziologia, Sintomi . . . . . Pag. 433
Diagnosi, Decorso, Prognosi, Anatomia patologica, Natura . . . . . » 435
Cura . . . . . » 436

DUTIL — **Neurastenia, Epilessia, Isterismo.**

Neurastenia o malattia di Beard . . . . . Pag. 439
Storia . . . . . » »
Eziologia . . . . . » 440
Descrizione clinica . . . . . » 442
Stimmate della neurastenia, Astenia neuro-muscolare . . . . . » »

Rachialgia, Dispepsia per atonia gastro-intestinale . . . . *Pag.* 443
Insonnia, Depressione cerebrale (stato mentale) . . . . » 445
Sintomi secondari, Vertigini . . . . » 446
Disturbi della motilità, Disturbi della sensibilità . . . . » 447
Disturbi degli organi dei sensi . . . . » 448
Vista, Udito, Disturbi degli organi genito-urinari . . . . » »
Disturbi circolatorii, Disturbi delle vie respiratorie . . . . » 449
Forme cliniche della neurastenia, Neurastenia cerebro-spinale . . . . . » »
Neurastenia dispeptica, Neurastenia genitale . . . . » 450
Forma ereditaria . . . . » 451
Istero-neurastenia, Diagnosi, Tumore cerebrale, Sifilide cerebrale . . . . » 452
Vertigini di Ménière, Tabe, Morbo di Basedow, Decorso e prognosi . . . . » 453
Patogenesi . . . . » 454
Cura . . . . » 455
Igiene generale . . . . » 456
Cura morale, Cura sistematica di Weir Mitchell . . . . » 457

Epilessia . . . . » 458
Descrizione clinica degli accessi epilettici . . . . » »
Aura e prodromi dell'accesso . . . . » »
Prodromi lontani, Aura . . . . » 459
Grande accesso convulsivo . . . . » 461
Ore e frequenza degli attacchi . . . . » 463
Accessi incompleti e anormali . . . . » »
Vertigine, Epilessia procursiva . . . . » 464
Automatismo ambulatorio, Crisi stertorose, Scosse, Tremori, Tic di Salaam . » 465
Equivalenti dell'accesso epilettico . . . . » 466
Fenomeni post-parossistici, Demenza, Eziologia . . . . » 468
Eredità, Età . . . . » 469
Sesso, Cause determinanti o provocatrici individuali, Malattie infettive . . . » 470
Traumatismo, Cause locali, Epilessia d'origine spinale, Influenza di certe condizioni fisiologiche, Anatomia e fisiologia patologiche . . . . » 471
Prognosi, Diagnosi . . . . » 474
Cura . . . . » 475

Isterismo . . . . » 477
Storia . . . . » »
Eziologia, Età, Sesso . . . . » 479
Eredità . . . . » 480
Cause occasionali (agenti provocatori), Emozioni morali, Traumatismo . . . » 481
Intossicazioni . . . . » 482
Malattie infettive e malattie generali . . . . » 483
Descrizione clinica, Stimmate dell'isterismo . . . . » 484
Stimmate sensitivo-sensoriali . . . . » »
Anestesie sensoriali, Gusto, Odorato, Udito . . . . » 487
(Aggiunta di **B. Silva**, pagg. 487-488).
Vista, Ambliopia isterica, Restringimento del campo visivo . . . . » 488
Distribuzione topografica delle anestesie isteriche . . . . » 491
(Aggiunta di **B. Silva**, pag. 491, in nota).
Caratteri specifici e contraddittori delle anestesie isteriche . . . . » 492
Tentativi di interpretazione dell'anestesia isterica . . . . » 495
Iperestesie . . . . » 500
Parestesie, Disestesie, Alfalgesia . . . . » 501
Stimmate di natura motoria . . . . » 502
Stimmate puramente psichiche, Amnesia . . . . » 506
Abulia . . . . » 507

Accidenti isterici . . . . Pag. 508
Accessi, Grande accesso . . . . » »
Prodromi . . . . » 509
Piccolo accesso isterico . . . . » 510
Forme irregolari dell'accesso isterico, Vertigine isterica, Attacchi epilettoidi . » 511
Accesso demoniaco . . . . » 512
Accesso d'estasi, Accesso sincopale, Accesso di sonno . . . . » 513
Automatismo ambulatorio, Fisiologia patologica . . . . » 514
Paralisi e contratture, Condizioni eziologiche . . . . » 516
Caratteri generali delle paralisi isteriche . . . . » 517
Caratteri generali delle contratture . . . . » 518
Contratture dei muscoli della faccia e degli occhi . . . . » 519
Paralisi facciale isterica, Torcicollo . . . . » 520
Coxalgia isterica, Astasia-abasia . . . . » 521
Spasmo saltatorio, Coree isteriche . . . . » 522
Tremori isterici, Tic . . . . » 523
Fisiologia patologica degli accidenti di natura motoria . . . . » »
Sindromi dolorose . . . . » 524
Emicrania oftalmica . . . . » 525
Fenomeni viscerali, Fenomeni isterici delle vie respiratorie . . . . » 526
Disturbi digestivi . . . . » 527
Disturbi della nutrizione generale . . . . » 528
Febbre isterica . . . . » 529
Fenomeni trofici e vaso-motorii . . . . » 530
Follia isterica, Natura e definizione dell'isterismo . . . . » 532
Terapia, Cura generale . . . . » 533
Cura speciale . . . . » 535

Appendice.

G. Gradenigo. — *Sulle vertigini auricolari in generale e sulla malattia o sindrome di Menière* . . . . Pag. 537
Vertigini reflesse . . . . » 539
Vertigini da eccitazione diretta del labirinto . . . . » 540
Diagnosi . . . . » 542
Prognosi, Cura . . . . » 543
Malattia o sindrome di Menière . . . . » 544

G. Gradenigo. — *Dell'esame funzionale dell'organo dell'udito* . . . . » 549
Esame funzionale per la misura dell'udito . . . . » »
Voce, Orologio . . . . » 550
Esame funzionale per la diagnosi di sede . . . . » 551
Esperimento di Weber, Esperimento di Rinne . . . . » »

V. Colla. — *Polso raro permanente con accessi epilettiformi od apoplettiformi* . » 553
Prognosi . . . . » 556

B. Silva. — *Tetano* . . . . » 558
Sintomatologia . . . . » 559
Diagnosi . . . . » 568
Anatomia patologica . . . . » 569
Eziologia . . . . » 571
Terapia del tetano, Immunità e sieroterapia . . . . » 595
Profilassi . . . . » 601
Cura causale e sintomatica . . . . » 602

B. Silva. — *Emicrania* . . . . *Pag.* 607
Definizione, Eziologia . . . . » 608
Sintomatologia . . . . » 609
Accesso . . . . » 611
Decorso della malattia . . . . » 618
Patogenesi . . . . » 620
Diagnosi . . . . » 623
Prognosi, Cura . . . . » 625

G. Pacetti. — *Emiatrofia progressiva della faccia* . . . . » 627
Esame obiettivo, Sensibilità . . . . » 632
Natura della malattia . . . . » 634
Diagnosi, Prognosi . . . . » 638
Letteratura sull'emiatrofia facciale . . . . » 639

G. Pacetti. — *Crampi professionali* . . . . » 641
Sintomatologia . . . . » 642
Diagnosi . . . . » 648
Prognosi . . . . » 649

G. Mingazzini. — *Acinesia (apraxia) algera (Möbius)*. . . . . » 651
Definizione, Storia clinica . . . . » »
Esame obiettivo . . . . » 652
Eziologia . . . . » 653
Inizio, Sintomi . . . . » 654
Decorso ed esito, Riassunto . . . . » 659
Reperto patologico, Patogenesi . . . . » 660
Diagnosi, Prognosi, Cura . . . . » 663
Bibliografia . . . . » 664

F. Rho. — *Mal di mare* . . . . » 665
Eziologia, Movimenti della nave . . . . » »
Disposizione individuale, Cause predisponenti . . . . » 666
Disturbi affini o identici al mal di mare, sintomatologia . . . . » 667
Forme . . . . » 668
Patogenesi . . . . » 669
Cura, Profilassi . . . . » 673
Terapia medicamentosa . . . . » 674
Bibliografia . . . . » 676

B. Silva. — *Statistica* . . . . » 677
Statistica dei morti nel regno d'Italia durante gli anni 1887-1894 . . . . . . » 678

INDICE DELLE FIGURE

contenute nel Volume VI, parte terza

1. Aspetto macroscopico della superficie corticale degli emisferi cerebrali . . *Pag.* 15
2. Aspetto istologico di sezioni di corteccia cerebrale, dimostrante la moltiplicazione dei nuclei (secondo Mendel) . . . . » 18
3. Sezione della corteccia cerebrale nella paralisi generale . . . . » 19
4. Lesioni dei capillari (da Binswanger) . . . . » »
5. Diversi aspetti delle cellule cerebrali in via di degenerazione . . . . . . » 20
6. Cellule della nevroglia proliferate . . . . » 21
7. Sezione del midollo alla regione lombare superiore, nella paralisi generale . . » 24
8. Sezione di midollo alla regione cervicale . . . . » »
9. Apparecchio registratore del tremore della lingua . . . . » 37
10. Contrazione muscolare normale . . . . » »
11. Contrazione muscolare nella paralisi generale (Chambard) . . . . » 38
12. Tremore della mano in atto di giurare; scariche muscolari . . . . » 39
13. Lingua in riposo dentro la bocca . . . . » »
14. Tremore della lingua (lingua fuori della bocca) . . . . » »
15. Facsimile di scrittura di paralitico semplicemente ottimista al primo stadio . . » 41
16. Facsimile di scrittura di paralitico megalomane, al secondo stadio . . . . . » »
17. Facsimile di scrittura di paralitico in istato di stupore, dopo un attacco apoplettiforme con afasia transitoria . . . . » »
18. Facsimile di scrittura di paralitico demente a stato inoltrato . . . . » »
19. Schemi riassumenti i disturbi pupillari . . . . » 45
20. Mania cronica (da Dagonet) . . . . » 97
21. Furore maniaco (da Esquirol) . . . . » 99
22. Malinconica . . . . » 112
23. Stato della capigliatura in un'alienata (da Carlo Darwin) . . . . » 119
24. Delirio melanconico in sul principio della paralisi generale . . . . » 130
25. Confusione mentale (stupidità) da Hack Tuke . . . . » 147
26. Confusione mentale (stupidità) con catatonia da H. Dagonet . . . . » 148
27. Cristalli del sale picrico di una ptomaina estratta dall'urina di un ammalato affetto da confusione mentale . . . . » 149
28. Confusione mentale (stupidità) da H. Dagonet . . . . » 154
29. Melanconia (con ansietà muta) da Kirchhoff . . . . » »
30. Follia periodica (propriamente detta) . . . . » 194
31. Follia alterna . . . . » »
32. Follia a doppia forma discontinua . . . . » »
33. Follia circolare o a doppia forma continua . . . . » »
34. Una microcefala . . . . » 258
35. Orecchio esterno . . . . » 259
36. Orecchio normale . . . . » »
37. Forma pitecoide del padiglione . . . . » »
38. Lobulo aderente . . . . » »
39. Ipertricosi sacrale (Coda dei Fauni) . . . . » 260
40. Un cretino bavarese . . . . » 270
41. Delirio mistico . . . . » 353
42. Atteggiamento generale del corpo nella deambulazione (da Gowers) . . . » 427
43. Facies parkinsoniana (da P. Richer) . . . . » 428

[RICETTARIO

Volume Sesto

Emiplegia.

1443. Pr. Solfato di stricnina centigr. 5
Magistero di china q. b. per 50 pill.
Da prendersene 1-6 al giorno.

1444. Pr. Solfato di stricnina centigr. 5
Acqua di lauroceraso e
acqua distillata ana gr. 10
S. per iniez. ipod.: $^1/_4$-$^1/_2$ siringa per volta.

1445. Pr. Ioduro di sodio . . . gr. 10
Acqua . . . . . . » 200
S. un cucchiaio al giorno prima del pasto.

Contratture.

1446. Pr. Bromuro di potassio e di
sodio. . . . ana gr. 4
Bromuro d'ammonio . » 2
Acqua . . . . . . » 200
Ammoniaca liq. goccie III
S. 2-6 cucchiai al giorno.

1447. Pr. Cloralio idrato . . . gr. 3
Acqua e sciroppo ana » 50
S. a cucchiai.

Anemia cerebrale.

1448. Pr. Estratto tebaico centigr. 30
Estratto amaro q. b. per 15 pillole.
S. 1-2 al giorno.

1449. Pr. Cloridr. di morfina ctgr. 10
Acqua coobata di lauro-
ceraso . . . . . gr. 10
S. per iniez. ipod.

1450. Pr. Nitrito d'amile . . . gr. 10
II-III goccie in un piatto per inalazioni.
Per i ferruginosi V. Ricettario Vol. II.

1451. Pr. Estr. di noce vomica ctgr. 10
Ossido nero di ferro e pol-
vere di quassio ana gr. 1 $^1/_2$
Polvere di liquirizia q. b. per dieci
pillole.
S. 1-2 al giorno.

1452. Pr. Fava di Sant' Ignazio ra-
schiata. . . centigr. 40
Bicarbonato di soda . gr. 20
F. s. a. venti cartine.
S. due al giorno, prima di ciascun pasto.

Congestione cerebrale.

V. ricetta 1446.
1453. Pr. Bromuro di litina . . gr. 5
Acqua e sciroppo ana » 50
Dà 1-4 cucchiai al giorno.

1454. Pr. Tintura di digitale . . gr. 20
S. XX goccie per volta in acqua zuccherata.

1455. Pr. Estratto di aloe centigr. 10
Acqua di menta . . gr. 125
Acqua di mandorle amare
gr. 5
Sciroppo . . . . . » 30
S. a cucchiai.

1456. Pr. Aloe in polvere . . . gr. 1
Estratto di china centigr. 50
Polv. di cannella . . gr. 0,20
Estratto di liquirizia q. b. per 10
pillole. Una prima del pasto.

1457. Pr. Aloe . . . . . . gr. 1
Estratto di genziana . » 2
F. s. a. 10 pillole.

1458. Pr. Aloe . . . . . . gr. 6
Scorze di arancie amare » 6
Cannella . . . . . » 6
Rabarbaro . . . . » 3
Si maceri il tutto in 100 gr. di alcool a 56°. Se ne prendano 4-15 gr. in acqua o sciroppo come purgante.

Rammollimento cerebrale.

V. medicazione purgativa al Volume III.

Tabe dorsale.

V. ricette 1443, 1444.

1459. Pr. Estr. di segala cornuta gr. 3
Zucchero bianco . . » 5
M. D. in 15 cart. Tre al giorno.

1460. Pr. Nitrato d'argento cristallizzato . . . centigr. 60
Polvere ed estratto di liquirizia q. b. per 60 pillole.
S. 1-10 al giorno.

1461. Pr. Estratto di fava del Calabar . . . . . . gr. 2
Polv. ed estratto di liquirizia q. b. per 90 pillole.
S. 3 al giorno.

1462. Pr. Fenacetina . . . . gr. 10
F. 10 cart. eg. (contro i dolori lancinanti).

1463. Pr. Fenacetina . . . . gr. 10
Oppio in polv. . centigr. 20
Per 10 cartine eguali.
Contro i dolori lancinanti servono pure l'antipirina, la salipirina, il salofene, il salicilato di soda, ecc., alle stesse dosi della fenacetina.

1464. Pr. Acetanilide . . . . gr. 2
Per 8 cart. eg. 1 per volta.

1465. Pr. Guaiacolo . . . . gr. 20
Cloroformio . . . . » 25
S. per iniez. ipod.
1 siringa di Pravaz. (Contro i dolori lancinanti dei tabici, contro le nevralgie specialmente sciatiche).

1466. Pr. Antipirina . . . . gr. 5
Acqua . . . . . . » 10
S. per iniez. ipod.
V. ricette 1447, 1449.

1467. Pr. Trional . . . . . gr. 2
D. in 4 cart. eg.

Da prendersene 1-4 nel vino o in emulsione gommosa o in una soluzione di bicarbonato sodico o in acqua di Uliveto. Vi si possono associare 2 centigr. di oppio per cart.

1468. Pr. Antipirina . . . . gr. 8
Fenacetina . . . . » 4
Acetanilide . . . . » 2
M. div. in 8-16 cart. eg.
(Contro le crisi dolorose).

Siringomielia.

1469. Pr. Fosfuro di zinco centigr. 8
Polv. di liquirizia e gomma q. b. per 10 pillole.
S. 1-2 al giorno.
Per la medicazione tonica V. Volume II.

Meningite acuta.

Per la medicazione antipiretica vedasi il Vol. I. Per la purgativa il Volume III. Vedi pure le ricette 1447, 1449.

1470. Pr. Bromuro di potassio . gr. 3
Joduro di potassio centigr. 60
Tintura di muschio goccie X
Sciroppo di china . . gr. 90
Acqua di tiglio . . » 120
S. un cucchiaio ogni mezz'ora nei bambini da 2 a 4 anni.

Meningite tubercolare.

1471. Pr. Calomelano . . centigr. 5
Zucchero in polv. . . gr. 5
Per 10 cart. Una ogni due ore nei bambini.

1472. Pr. Joduro di potassio . . gr. 0,30-1-5
Acqua e sciroppo di ribes ana gr. 50
S. a cucchiai.

1473. Pr. Vaselina . . . . . gr. 30
Jodoformio . . . . » 4
Balsamo del Perù . . » 3
M. F. pomata S. Uso esterno
(Frizioni sul cuoio capelluto raso lasciando poi la pomata, che si copre con tela impermeabile).

1474. Pr. Bromuro di potassio . gr. 0,50-2-6
Joduro di sodio . . . » 0,25-1-3
Cloralio . . . gr. 0,20-0,50-1,50
Laudano . . . . goccie I-XX
Acqua e sciroppo ana gr. 60
S. a cucchiai.
V. Volume IV per il creosoto, il guaiacolo ed il jodoformio.

Sifilide dei centri nervosi.

1475. Pr. Joduro di potassio . . gr. 30
Acqua . . . . . . » 150
S. da consumarsi in sei giorni; tre cucchiai al giorno, uno prima di ogni pasto in un bicchiere di acqua.

1476. Pr. Unguento mercuriale . gr. 50
Per 5-10 frizioni.

Oppure:

1477. Pr. Sublimato corrosivo . gr. 1
Acqua . . . . . . » 950
Alcool . . . . . . » 50
S. da prenderne 2-5 cucchiai al giorno in acqua durante i pasti. Intervenendo disturbi intestinali si combattono col laudano. Contro la stomatite serve la ricetta seguente:

1478. Pr. Clorato potassico . . gr. 3
Acqua . . . . . . » 100
S. per collutorio.
Per le prime 4-6 settimane cura mista jodica mercuriale; dopo una settimana di riposo cura mercuriale per tre settimane e dopo una settimana di riposo cura jodica pure per tre settimane, e così di seguito per 2-3-6 mesi.

1479. Pr. Bicloruro di mercurio
centigr. 10
Estratto d'oppio. . . » 50
Magistero di china. . gr. 3
F. s. a. 50-100 pillole.
S. 1-2 e più al giorno.

1480. Pr. Bicloruro di mercurio ctgr. 20
Cloruro di sodio . . » 40
Acqua distillata . . gr. 20
S. per iniez. ipod. 1-2 al giorno.

Nevriti.

1481. Pr. Salicilato di soda . . gr. 5
Acqua e sciroppo ana » 50
S. a cucchiai.
Possono essere utili: il salicilato di soda in cartine, come pure il salofene, la salipirina, l'antifebbrina, l'antipirina, la fenacetina, l'esalgina, la chinina, il bleu di metilene, ecc.

1482. Pr. Olio di Chaulmoogra gr. 10
S. per uso interno V-XXX goccie in capsule.
L'empiastro di olio di chaulmoogra dell'ospedale di S. Luigi in Parigi per applicazioni esterne è così costituito:

1483. Empiastro semplice . . gr. 200
Cera gialla . . . . » 100
Olio di Chaulmoogra . » 300
F. s. a.
L'olio di Chaulmoogra è utile contro la lebbra, e la neurite lebbrosa.

1484. Pr. Cloralosio . . . . gr. 1
Da dividersi in 4 cart. eg.
S. da prendersene 1-3 in un po' di acqua calda o nel vino.

1485. Pr. Codeina . . . . . gr. 0,10
Acqua . . . . . . » 80
Sciroppo . . . . . » 20
S. a cucchiai.
V. pure ricette 1446-1447-1449-1467.

1486. Pr. Sulfonal. . . . . . gr. 1-3
S. da prendere alla sera nella minestra o nell'acqua calda. Nei bambini si adopera nella dose di 0,20-0,50 gr.
Per la medicazione cardiaca V. il Vol. V.

Nevralgie.

V. ricette 1449, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1485.

1487. Pr. Solfato di atropina . . gr. 0,01
Acqua distillata . . » 10
S. per iniez. ipod.

1488. Pr. Solfato d'atropina . . gr. 0,01
Cloridrato di morfina » 0,10
Acqua di lauroceraso » 10
S. per iniez. ipod.

1489. Pr. Solfato d'atropina . gr. 0,01
Cloridrato di morfina » 0,10
Estratto di genziana e polv. di genziana q. b. per 10 pillole.
S. 1-2 alla sera.

1490. Pr. Nitrato d'aconitina cristallizzato . . . . . gr. 0,001
F. s. a. 10 pillole.
Dà 1 a 10 al giorno.

1491. Pr. Solfato di chinina . . gr. 2
Nitrato d'aconitina cristallizzato . . . . . gr. 0,002
Estratto di china q. b. per 10 pillole.
S. 2-3 nelle 24 ore.

1492. Pr. Estratto di seme di giusquiamo, estratto di valeriana e ossido di zinco ana gr. 0,50
F. s. a. 10 pillole.
2-10 al giorno (Meglin).

1493. Pr. Cloroformio . . . . gr. 20
Olio di giusquiamo . » 10
S. per applicazioni esterne.

1494. Pr. Ammoniaca liquida . gr. 1
Alcool canforato . . » 20

S. per applicazione esterna.

1495. Pr. Olio essenziale di senape gr. 10
Alcool . . . . . . » 100

S. per pennellazioni sul luogo dolente.

1496. Pr. Estratto di giusquiamo e di belladonna ana gr. 3
Estratto di cicuta . . » 4
Vaselina . . . . . » 40

M. F. pomata. S. per uso esterno.

1497. Pr. Cloridrato di cocaina . gr. 0,20
Acqua distillata . . » 20

S. per iniez. attorno al tronco nervoso.

1498. Pr. Estratto di valeriana ed estratto di chinina ana gr. 1
Ossido di zinco . . . » 0,50
Estratto tebaico . . » 0,10
Solfato di chinina . . » 0,50
F. s. a. 10 pillole.

1499. Pr. Solanina . . . . . gr. 0,50
F. s. a. 10 pillole.
S. 1-2 e più al giorno.

1500. Pr. Acido fenico cristallizzato gr. 2
Acqua . . . . . . » 100
S. per iniez. attorno al nervo.

1501. Pr. Acido iperosmico . . gr. 0,10
Acqua distillata . . » 10
Dà in boccetta scura con turacciolo smerigliato.
S. per iniez. ipod. Una siringa per volta.

1502. Pr. Nitrato d'argento cristallizzato . . . . . gr. 2,50
Acqua distillata . . » 10

Dà in boccetta scura. Se ne iniettano V-X goccie in vicinanza del nervo (nell'ischialgia).
Servono pure le iniezioni di etere, cloroformio, alcool, di acido cloridrico diluito.

1503. Pr. Veratrina . . . . . gr. 0,50
Vaselina pura . . . » 20
M. F. pomata. S. uso esterno.

1504. Pr. Mentolo . . . . . gr. 5-10
Vaselina . . . . . » 50
M. F. pomata S. uso esterno.

1505. Pr. Mentolo . . . . . gr. 1
Alcool ed etere . ana » 5
S. per pennellazioni.

1506. Pr. Azzurro di metilene . gr. 2
Acqua distillata . . » 100
S. per iniez. ipod. Da $^1/_2$ a 4 siringhe.

1507. Pr. Azzurro di metilene . gr. 1
F. s. a. 20 pillole.
Dà 2 a 10 e più al giorno.

1508. Pr. Cloridrato di fenocolla gr. 5
Acqua distillata . . . » 100
S. per iniez. ipod. 5 siringhe per volta.

1509. Pr. Cloridrato di fenocolla gr. 1
Glicerina neutra a 30° . » 2

Si mescoli e si riscaldi a 50-60 gradi prima dell'iniez. ipod. Se ne inietti una siringa per volta.

1510. Pr. Agatina pura . . . gr. 2
Div. in 8 cart. eg. Da prenderne 2-6 al giorno.

1511. Pr. Ittiolo . . . . . . gr. 0,30
Acqua distillata . . » 10

S. per iniez. ipod. una siringa ogni 2 giorni nel sito dolente.

1512. Pr. Butilcloralio . . . . gr. 3-5
Alcool rettificato . . » 10
Glicerina . . . . . » 20
Acqua . . . . . . » 120
M. 2-4 cucchiai per volta.

Si possono prendere 1-3 gr. al giorno di butilcloralio (nelle nevralgie del trigemino).

1513. Pr. Bromuro d'ammonio e salicilato di soda ana gr. 4
Tintura di giusquiamo » 8
Acqua . . . . . . » 80
Sciroppo di gomma . » 30

M. s. un cucchiaio ogni mezz'ora fino a cessazione del dolore. Non più di 4 cucchiai successivi.

1514. Pr. Citrato di caffeina, carbonato d'ammoniaca ana gr. 1,25
Elixir di guarana . . » 80

M. un cucchiaio ogni ora fino a cessazione del dolore nelle cefalalgie nervose (Beard).

1515. Pr. Soluz. alcoolica di trinitrina 1 $^0/_0$ . . . . gr. 5
Tintura di capsico . » 7,50
Acqua dist. di menta . » 15

S. V-X goccie tre volte al giorno specialmente nella sciatica.

NB. Si possono pure dare III goccie e più al giorno di trinitrina all'1 $^0/_0$ pura, con un poco d'acqua.

Nella zona Beattle raccomanda per uso interno:

1516. Pr. Estratto di gelsemio, fenilsolfato di sodio ana gr. 4
Acqua . . . . . . » 90

1 cucchiaio da caffè ogni 2 ore e contemporaneamente V goccie di tintura di belladonna pure ogni 2 ore finchè sopravvenga secchezza della gola, e per uso esterno:

1517. Pr. Acetato neutro di piombo e allume in polv. ana gr. 4
Acqua . . . . . . » 120
S. uso esterno.
Applicare sulla parte colpita delle compresse imbibite di questo liquido e rinnovarle ogni due ore.

1518. Pr. Pomata di zinco . . gr. 22,50
Glicerina borica . . . » 7,50
Acido fenico cristallizzato » 1,75
S. uso esterno.
Si fanno con questa pomata frizioni frequenti sulle parti colpite, nella zona.
Come pomata di zinco si può adoperare la pomata di Wilson seguente:

1519. Pr. Fiori di zinco, tintura di benzoe, glicerina, spermaceti, olio di mandorle ana gr. 10
M. F. pomata. S. uso esterno.

Gozzo esoftalmico.

1520. Pr. Tintura di digitale . . gr. 25
S. a goccie, VIII-X ogni ora fino a nausea.

1521. Pr. Tintura di strofanto . gr. 20
S. VIII-X goccie, 3 volte al giorno.
V. ricetta 1446.

Tetania.

1522. Pr. Cloroformio, laudano, liq. ana gr. 10
Balsamo di Fioravanti » 60
Per frizioni sulle parti ammalate.
Al balsamo di Fioravanti si può sostituire il balsamo tranquillo o l'Opodeldok.

V. ricette 1446, 1449, 1463, 1481.

1523. Pr. Salicilato di sodio . . gr. 10
Div. in 10 cart.
1 ogni ora fino a cessazione dell'attacco.

1524. Pr. Cloralio idrato . . . gr. 2-5
(Oppure paraldeide . » 2-5)
Acqua e sciroppo ana » 50
Cloridrato di morfina . » 0,01-0,02
S. da prendersi in una o due volte.

1525. Pr. Bromidrato di ioscina gr. 0,01
F. s. a. 40 pillole da 2 a 6 al giorno.

—

Ipnotici.

V. ricette 1446, 1447, 1449, 1467, 1484, 1486, 1524.

1526. Pr. Narceina pura . . . gr. 1
Acido cloridrico puro » 1
Alcool a 90° . . . . » 28
Sciroppo di zucchero preparato a freddo . . » 970

Sciroppo di narceina del Codex francese. Venti grammi contengono 2 centigr. di narceina. Buon ipnotico e analgesico, che si dà alla dose di 2-10 centigr. anche in pillole.

1527. Pr. Idrato di amilene . . gr. 7
Acqua distillata . . » 60
Estratto di liquirizia . » 10
Alla sera una metà prima di andare a letto.

1528. Pr. Idrato d'amilene . . gr. 5
Acqua distillata . . » 50
Mucilagine di gomma arabica . . . . . . » 20
S. per clistere.

1529. Pr. Idrato d'amilene . . gr. 6-7
Cloridrato di morfina . » 0,02-0,03
Acqua distillata . . » 60
Estratto di liquirizia . » 10
S. da prendere una metà alla sera.

1530. Pr. Idrato d'amilene . . gr. 4
Idroclorato di morfina » 0,015
Acqua distillata . . » 50
Mucilagine di gomma arabica . . . . . . » 20
S. per clistere.

1531. Pr. Uretano . . . . . gr. 1-4
Acqua distillata di tiglio » 40
Sciroppo di fiori d'arancio » 15

Da prendersi alla sera andando a letto. Nei bambini si può dare alla dose di grammi 0,15-0,20.

1532. Pr. Capsule d'ipnone di 0,05 caduna. Di tali n° 10. Da prenderne 2-10.

1533. Pr. Ipnone . . . . . . gr. 1
Olio di mandorle . . » 10
Gomma arabica . . » 10
Sciroppo di corteccia di arancio . . . . . » 60
Acqua distillata . . » 120

S. da prenderne un quarto fino ad una metà per volta.

1534. Pr. Tannato di cannabina gr. 1
Zucchero bianco . . » 2
M. div. in 4 cart.
S. 1-2 e più alla sera.

1535. Pr. Estratto alcoolico di cannabis indica . . . gr. 1
F. s. a. 20 pillole.
Da prendersene 1-4 e più.

1536. Pr. Cannabinone puro . . gr. 0,50
Zucchero bianco e caffè torrefatto . . ana gr. 1
Div. in 10 cartine eg.
Da prenderne 1-6 al giorno.

1537. Pr. Bromuro di potassio e cloralio idrato . ana gr. 10
Estratto di giusquiamo e di cannabis indica ana centigr. 20
Acqua . . . . . . gr. 200
Sciroppo di cedro . . » 30

Da prenderne 1-2 cucchiai alla sera.

1538. Pr. Solfato di duboisina . gr. 0,01
Acqua . . . . . . » 20

S. a goccie; VIII goccie equivalgono a $^2/_{10}$ di milligr.
Dose $^1/_4$-$^1/_2$ milligr. per volta.
Si dà la duboisina anche per iniez. ipod.

1539. Pr. Cloralamide . . . . gr. 3
Acido clorid. diluito goccie V
Acqua distillata . . gr. 60
Sciroppo di fiori d'arancio » 15
S. da prendersi in una volta.

1540. Pr. Cloralamide . . . . gr. 3
Acido cloridrico diluito goccie II
Alcool . . . . . . gr. 1
Acqua . . . . . . » 100
S. per un clistere

1541. Pr. Cloralamide . . . . gr. 1
Acetato d'ammoniaca liq. gr. 12
Sciroppo semplice . . » 20
Acqua . . . . . . » 40

S. un cucchiaino da caffè ogni 4 ore, per un bambino d'anni tre, contro l' insonnia nelle febbri infettive acute.

Raccomandato specialmente nei malincolici, in particolar modo nello stato d'eccitazione, e controindicato nelle affezioni gastroenteriche, è il somnal alla dose di 2-4-6 gr.

1542. Pr. Cloralosio . . . . . gr. 1
Per 10 cartine.
Dà N. 1 a 3 in ostia.

1543. Pr. Metilal . . . . . . gr. 1
Acqua distillata . . » 9

S. per iniez. sottocutanee.

Una siringa ogni 2 ore finchè intervenga il sonno. Sedativo-ipnotico nel *delirium tremens*, nell'insonnia, negli stati d'eccitazione, per inanizione e anemia cerebrale. Il metilal si può anche dare per via stomacale.

1544. Pr. Monobromuro di canfora, estratto di giusquiamo ana gr. 0,25
Sciroppo di lattuca . » 60
S. un cucchiaino da caffè, come calmante nei bambini, fino ad effetto sedativo.

Mania

1545. Pr. Oppio in polvere . . gr. 1
Div. in 20 cart. eg.
Si comincia da $^1/_2$ cartina e si va crescendo.

1546. Pr. Laudano, liq. . . . gr. 15
Si comincia da XV goccie al giorno e si cresce di una goccia al giorno fino a 4, 5, 10, 15 gr. al giorno.

Le ricette 1545-1546 servono meglio nei casi di melanconia.

V. ricette 1446, 1524 e ipnotici.

1547. Pr. Esalgina . . . . . gr. 1,50
Zucchero . . . . . » 2
Div. in 6 cartine eguali.
Dà 1 a 6 al giorno.

1548. Pr. Esalgina . . . . . gr. 1,50
Alcool di menta piperita o tintura di corteccia di arancio . . . . . » 20
Acqua . . . . . . » 80
Sciroppo cedro . . . » 20
S. a cucchiai.

1549. Pr. Uralio . . . . . . gr. 2-3
Diasi in ostia; da prendersi in una volta. Vale anche nella tisi, negli alcoolisti e nelle nevralgie.

1550. Pr. Tetronal . . . . . gr. 4
Div. in 4 cart. eguali.
S. 1-3 per volta.
Lo si può dare anche nel vino o in una pozione gommosa.

1551. Pr. Cloridrato di scopolamina centigr. 5
Acqua distillata . . . gr. 25
S. per iniezioni ipodermiche: $^1/_2$ ad una siringa a scopo calmante negli alienati.

1552. Pr. Josciamina . . centigr. 50
Zucchero . . . . . gr. 2
Div. in 20 cart. eg.
S. da 1 a 16-20 al giorno.

1553. Pr. Cloridrato di ioscina ctgr. 5
Acqua . . . . gr. 25
S. per iniez. sottocutanea, $^1/_2$ siringa per volta.
Si usino cautamente le ricette 1552-1553.

1554. Pr. Bromuro d'etile . . . gr. 30
S. per inalazione, come si usa per il cloroformio.
Bastano 5-30 gr.
V. ricetta 1538.

Melancolia.

V. Ricettario del Vol. III per la disinfezione intestinale.

1555. Pr. Benzonaftolo . . . . gr. 5
Div. in 10 cart. eg., da prenderne 4-10 al giorno negli adulti, non più di 4 nei bambini.
V. ricette 1449, 1542, 1545, 1546.

1556. Pr. Estratto d'oppio . . . gr. 1
Acqua distillata . . . » 25-50
S. per iniez. ipod.

1557. Pr. Tintura di noce vomica gr. 20
V goccie in un po' d'acqua prima del pasto. 2 volte al giorno.

Corea.

1558. Pr. Solfato di stricnina . gr. 0,05
Sciroppo . . . . . » 100
Tre cucchiaini da caffè al giorno, fino a prendere 100-120 gr. di sciroppo, sospendendo appena intervengano i primi sintomi d'avvelenamento.

1559. Pr. Salicilato di sodio . . gr. 5
Sciroppo di corteccia d'arancio . . . . . gr. 100
S. a cucchiai.
V. ricetta 1548.

1560. Sulfonal . . . . gr. 1
In 4 cart. Dà a prenderne da 1 a 4.

1561. Pr. Liquore arsenicale del Fowler di recente preparato gr. 20
Glicerina pura . . . » 2
D. in boccetta contagoccie.
S. a goccie. Da I a XXX al giorno a dosi crescenti suddivise nei vari pasti. Riesce utile il liquore arsenicale anche per iniezione ipod. da $^1/_4$ di siringa fino ad una siringa al giorno, purchè però non si prolunghi di troppo la cura.

1562. Pr. Antipirina . . . . gr. 12
Div. in 24 cart.: 6 e più al giorno a seconda dell'età e del periodo di cura.

1563. Pr. Estratto tebaico . . . gr. 1
Estratto molle di china . » 3
F. s. a. cento pillole eg., 1 ogni ora, od ogni due ore.

1564. Pr. Cloralio idrato . . . gr. 1-4
Acqua e sciroppo ana » 50

Nei bambini di 5-10 anni, 3 gr. al giorno. Nei ragazzi sopra i dieci anni, 4 gr. al giorno: 1 gr. al mattino, 1 gr. a mezzogiorno e 2 gr. alla sera.

1565. Pr. Solfato di eserina centigr. 5
Acqua dist. . . . . . » 25

S. per iniezioni ipodermiche, da $^1/_2$ ad una siringa, fino a due e mezzo.
Si può anche dare in pillole di 1 milligr. l'una (2-5 milligr.). Si usi precauzione perchè facilmente sopravvengono sintomi di avvelenamento (Bouchut).
V. ricette 1552, 1553.

1566. Pr. Oppio in polvere . . gr. 2,50
F. s. a. n° 100 pillole eguali.
S. una ogni ora fino a sonnolenza (Jaccoud).

1567. Pr. Estratto d'oppio ed estratto di bella donna . ana gr. 0,50
Tridace . . . . . . » 1

F. s. a. n° 50 pillole eguali, 1 a 5 al giorno (Rilliet e Barthez).

Alle ricette 1566, 1567 sono preferibili il cloralio a dosi alte (R. 1564) o la paraldeide e il sulfonal dati fino a produrre il sonno, per bocca o per l'ano.

1568. Pr. Paraldeide o sulfonal . gr. 0,80
Burro cacao . . . . » 3

Per una supposta da mettersi alla sera.
V. ricetta 1446.

1569. Pr. Bromuro di potassio e antipirina . . . . ana gr. 1
D. in una cartina, 2-3 al giorno (G. Sée).

Nevrastenia.

V. ricette 1446, 1447, 1526 e seguenti.

1570. Pr. Estratto grasso di *cannabis indica* . . . . . gr. 1
F. s. a. 50 pillole eguali. S. 2-5 contro la cefalea.

1571. Pr. Estr. di semi di giusquiamo, estratto di valeriana, ossido di zinco ana ctgr. 50
F. s. a. 50 pillole, da 2 a 10 al giorno, a scopo antispasmodico.
Allo stesso scopo servono le pillole antinevralgiche del Trousseau: 1-8 al giorno.

1572. Pr. Estr. di stramonio, estratto di oppio . . ana gr. 1
Ossido di zinco . . . » 10
F. s. a. cento pillole eg.

1573. Pr. Estratto fluido di coca gr. 20
Acqua ed. . . . . . » 80

S. da 1-2 cucchiaini negli stati di depressione e debolezza delle forze e del polso, nei quali sono pure indicate le ricette 1574, 1575.

1574. Pr. Caffeina e benzoato di soda ana gr. 2,50
M. fa 10 cart. eg., 2-4 al giorno.

1575. Pr. Solfato di sparteina ctgr. 50
Radice e polv. di liquirizia ana gr. 2
F. s. a. 25 pillole eg.
S. da 4 a 7 al giorno.

1576. Pr. Ergotina . . . . . gr. 1-2
Acqua . . . . . . » 100

S. a cucchiai. Contro le paresi vasomotrici, contro le iperidrosi, dove valgono pure il solfato di duboisina alla dose di $^1/_2$ ad 1 milligr. ($^1/_4$ di un milligr. per volta) (Conte).

1577. Pr. Citrato di cornutina ctgr. 3
Creta preparata . . . gr. 3
Gomma adragante . . » 6
M. d. in 20 pill. S. 2-4 al giorno, contro la spermatorrea e l'anafrodisia dei nevrastenici (Bozzolo e Mangianti).

NB. All'ergotina si possono associare 1-5 granuli di stricnina di 1 milligr. l'uno, contro la nevrastenia genitale con ispermatorrea.

1578. Pr. Solfato di rame ammoniacale . . . . . . gr. 0,20
Acqua distillata . . . » 15
S. III-VI goccie 2 volte al giorno contro le polluzioni notturne.

1579. Pr. Soluzione di solfato neutro d'atropina al 2 % . gr. 5,60
Soluzione di cloridrato di stricnina all'1 % . » 0,25
Sciroppo di scorza d'arancio . . . . . » 25

S. da V a LX goccie alla sera prima d'andare a letto, nella incontinenza notturna dei ragazzi sui 14 anni.
Si comincia da V goccie ($^1/_2$ milligr. d'atropina) e si aumenta di V goccie ogni 4 giorni fino a XXX goccie (milligr. 3 d'atropina): non cessando dopo 7 giorni l'incontinenza si aumenta ancora di V goccie ogni 4 giorni fino a LX goccie, poi si diminuisce di X goccie ogni giorno. Il malato non beve più dopo le ore 18, ed è svegliato alle ore 24 e alle 6 perchè orini.

1580. Pr. Ittiolo . . . . . . gr. 4
Estratto e polv. di liquirizia q. b. per 40 pillole cheratinizzate.
S. 1-2 pillole tre volte al giorno nelle affezioni gastriche d'origine uterina.

1581. Pr. Nitrato d'argento . . gr. 0,20-0,40
Acqua distillata . . . » 100

S. $^1/_2$ cucchiaio in un terzo di bicchiere d'acqua 3 volte al giorno fra i pasti nell'iperestesia dell'esofago dei nevrastenici ed isterici.

1582. Pr. Solfato di ferro e papaina ana gr. 3,60
Estratto di *cannabis indica* e di noce vomica ana » 0,45
Estratto di rabarbaro . » 0,90
Per 30 pillole eg.

S. 1 dopo ogni pasto contro i disturbi gastrici dei nevrastenici anemici.

1583. Pr. Bromuro di stronziana gr. 20
Acqua . . . . . . » 90

S. 1 cucchiaio prima del pasto nell'iperestesia gastrica.

1584. Pr. Tintura di digitale, tintura di noce vomica, acido cloridrico off. . ana gr. 5
S. XV-XXX goccie in acqua dopo ciascun pasto.

1585. Pr. Foglie di digitale, solfato di chinino . . ana gr. 1,80
Estratto di noce vomica » 0,90
Estratto e polv. di liquirizia q. b. per 30 pillole eg.
S. 1 dopo ciascuno dei tre pasti.
Le ricette 1584, 1585 servono contro la debolezza generale dei nevrastenici anemici.

Epilessia.

1586. Pr. Borato di soda finamente polverizzato . . . gr. 4
Sciroppo di scorze d'arancie amare . . . . . » 30
Acqua distillata . . . » 100
S. a cucchiai nella giornata, 1-3-6 gr. al giorno di borato di soda.
V. ricetta 1446.

I bromuri si dànno a dose di 4-8 gr. al giorno. Il bromuro di stronzio si dà alla stessa dose del bromuro di potassio; è meno velenoso di questo.

Dei bromuri non si deve, in generale, oltrepassare la dose di 12 gr. al giorno, e si dànno generalmente in acqua di Seltz prima del pasto (secondo Féré si potrebbe arrivare alla dose di 15-20 gr.). Flechsig dà l'estratto tebaico prima a dosi di 15 centigr. al giorno in 3 volte, poi cresce fino a gr. 0,75 e anche gr. 1,05. Dopo sei settimane di questo trattamento interrompe bruscamente l'oppio, e lo sostituisce con bromuro di potassio alla dose di gr. 7,50 al giorno che continua per due mesi e poi diminuisce gradatamente fino a 2 gr.

Nell'adulto e nei soggetti delicati, ai bromuri, più indicati nei robusti e pletorici, alcuni consigliano di sostituire l'atropina colla trinitrina.

1587. Pr. Benzonaftolo . . . . gr. 25
Polvere di carbone . » 15
Pancreatina . . . . » 5
M. div. in 50 cart. eg.
S. 4-6 al giorno per l'antisepsi intestinale.

1588. Pr. Solfato di atropina. . gr. 0,06
Alcool rett. . . . . » 16
Soluz. alcoolica di trinitrina all'1 % . . . » 4
S. III-V goccie (fino a X-XII goccie) 3 volte al giorno in un po' d'acqua dopo il pasto.

1589. Pr. Bromuro di potassio . gr. 50
Adonis vernalis . . » 12
Codeina . . . centigr. 60
Acqua . . . . . . » 1000
Di questa miscela se ne prendono da 80 a 120 gr. al giorno in due riprese, sciolti ogni volta in un bicchiere d'acqua zuccherata (Bechterew).

1590. Pr. Antipirina . . . . gr. 0,25-0,35
Bromuro d'ammonio . » 0,60-1,20
Acqua edulc. . . . » 100
Da consumarsi nella giornata.
Nei casi di bromismo in cui bisogna sospendere il bromuro, lo si sostituisce con l'idrato d'amilene.

1591. Pr. Idrato d'amilene . . gr. 20
Acqua distillata . . . » 100
S. 2 cucchiai al mattino e 2 alla sera diluiti in 20-40 gr. di vino.

1592. Pr. Cloridrato d'idrastinina gr. 0,20
Acqua . . . . » 100
S. da mezzo ad un cucchiaio per volta, fino a 2-5 cucchiai nelle 24 ore.

1593. Pr. Bromuro di potassio e di sodio . . . . ana gr. 40
Bromuro d'ammonio . . » 20
Acqua . . . . » 450
Solfato d'atropina milligr. 5-6
Ammoniaca liq. . . goccie V
S. 2-4 cucchiai al giorno.

Isterismo.

Contro i sintomi nevralgici e convulsivi dell'isterismo possono servire le seguenti pillole:

1594. Pr. Estratto di aconito . gr. 0,10
Estr. di *cannabis indica* » 0,50
Bromuro di litina . . » 2
Nitrato d'argento cristallizzato . . . . . » 0,10
Cloruro d'oro e di sodio » 0,05
Argilla q. b. per 20 pillole eg.
S. 2 al giorno.
Le iniezioni di morfina gr. 0,01, di duboisina gr. 0,00025, di antipirina, le inalazioni di cloroformio, nitrito d'amile e bromuro di etile sono pure utili contro l'attacco.

Tetano.

1595. Pr. Acido fenico . . . . gr. 1
Acqua distillata . . . » 50

S. per iniez. ipod. Una siringa ogni 4-6-12 ore.

1596. Pr. Cloralio o paraldeide gr. ʒ 5
Acqua e sciroppo ana » 50
S. a cucchiai.
V. ricetta 1537.

1597. Pr. Cloralio o paraldeide gr. 5-10
Cloridrato di morfina ctgr. 5-10
Acqua e sciroppo ana gr. 60
S. a cucchiai.

Emicrania.

1598. Pr. Estr. di *cannabis indica* gr. 0,20
Valerianato di chinina e citrato di caffeina ana » 3
M. f. s. a. 20 pillole.
S. 2-3 al giorno.
V. ricetta n° 1446.

1599. Pr. Soluz. alcoolica di nitroglicerina all'1 %, tintura di noce vomica ana gr. 10
S. a goccie, IV-VI e più al giorno.

1600. Pr. Polv. di guarana . . gr. 6
D. in dodici cart. eg.

Se ne prendono 2-3 per volta ogni mezz'ora appena insorge l'accesso, oppure ctgr. 5-25 di guaranina.

1601. Pr. Caffeina . . . . . gr. 2
Salicilato sodico . . » 4
M. d. in 10 cart. eg.
S. 2-3 al giorno.

1602. Pr. Solfato di chinina e caffeina . . . . ana gr. 1

Estratto di china q. b. per 20 pillole.
Da 2 a 6 durante l'accesso.

1603. Pr. Caffeina e benzoato di soda ana gr. 7
Acqua . . . . . . » 250

Un cucchiaio da caffè ogni 10 minuti fino a cessazione del dolore.

1604. Pr. Caffeina . . . . . gr. 2,50
Benzoato di soda . . » 2,95

Acqua distillata q. b. per 10 centim. cubi.
S. 1-2 siringhe al momento dell'accesso.

1605. Pr. Estratto tebaico . . gr. 1
Estratto di china q. b. per 20 pillole eg.
S. 1-2 al momento dell'accesso.

1606. Pr. Etossicaffeina e salicilato di sodio . . . ana gr. 1
Acqua edulc. . . . . » 100
S. a cucchiai.

Mal di mare.

V. Ricette 1446, 1447, 1448, 1449, 1462, 1468, 1487, 1488, 1497, 1524.

1607. Pr. Cloridrato di cocaina gr. 0,05
Acqua e sciroppo ana » 50
S. a cucchiai; si prende tutta la dose in uno o due giorni.

1608. Pr. Bromuro di sodio . gr. 6-10
Acqua . . . . . » 100

S. da sei a dieci cucchiai al giorno, uno, due per volta, ciascuna volta in un bicchiere d'acqua di Seltz, o di Uliveto, ecc.

NB. Tutte le ricette per iniez. ipod., riportate nei Ricettarii dei sei Volumi, si spediscano in recipienti sterilizzati e si adoperi acqua bollita per le soluzioni (S.)].

INDICE ALFABETICO

DEL

TRATTATO DI MEDICINA

INDICE ALFABETICO

Il numero *nero* indica il volume; i numeri romani la parte; i numeri comuni la pagina; il numero romano in fine, oppure isolato, la pagina del *Ricettario*.

A

Aberrazioni del senso genesico, **6** III, 314.
Abito apoplettico, **6** I, 167.
— enfisematoso, **4** I, 438.
— scrofoloso, **1** I, 226.
— tisico, **4** II, 101.
Abolizione dei riflessi nell' emiplegia tabica, **6** I, 58.
— dell' accomodamento nelle oftalmoplegie, **6** II, 331.
Aborto nell'ileotifo, **1** II, 206, 260.
— nell'influenza, **1** II, 331.
— nel saturnismo, **2**, 647.
Absintismo, **2**, 681.
Abulia, **6** III, 331.
— isterica, **6** III, 507.
— nei degenerati, **6** III, 286.
— nei neurastenici, **6** III, 446.
— nella malinconia, **6** III, 113.
— nelle ossessioni, **6** III, 311, 312.
— sistematizzata, **6** III, 331.
Abulomania, **6** III, 331.
Acaro della scabbia, **2**, 325.
Accasciamento doloroso da freddo, **5** I, 313.
— — da indigestione, **5** I, 313.
Accentuazione del secondo tono aortico nell'ateroma, **5** I, 405.
Accessi colerici nella malaria, **1** II, 405.
— comatosi nel diabete, **1** I, 390.
— — nella malaria, **1** II, 404.
— congestizi nella tubercolosi dei bambini, **4** II, 212.
— convulsivi nei degenerati, **6** III, 266.
— — nell'isterismo, **6** III, 535.
— — nel morfinismo, **6** III, 187.
— d'*angina pectoris*, **5** I, 321.
— — — nei tabici, **6** I, 395.
— — — nella pericardite, **5** I, 24.
— — — nell'influenza, **1** II, 328.
— — — nell'insufficienza aortica, **5** I, 218.
Accessi d'aortite, **5** I, 436.
— d'asma, **4** I, 222.
— d'asma intermittenti, **1** II, 409; **4** I, 223.
— deliranti, **1** II, 404.
— demoniaci nell'isterismo, **6** III, 512.
— di dispnea, **4** I, 147; **4** II, 282.
— di dispnea pseudoasmatica nella stenosi mitrale, **5** I, 237.
— di epilessia jacsoniana, **6** I, 72, 78.
— — — a tipo bracciale, **6** I, 73.
— — — a tipo crurale, **6** I, 73.
— — — a tipo facciale, **6** I, 73.
— — — a tipo generalizzato, **6** I, 74.
— — — subentrante, **6** I, 78.
— di nevralgia, **6** II, 386.
— di pazzia periodica, **6** III, 196.
— di polso raro, **6** III, 554.
— di prosopalgia, **6** II, 385.
— di rabbia, **1** II, 89.
— di rutti intermittenti, **1** II, 409.
— di sciatica, **6** II, 377.
— di spasmo glottideo nell'ipertrofia tonsillare faringea, **5** I, 119.
— di sternuti, **4** I, 40, 229.
— — — intermittenti, **1** II, 409.
— — tosse intermittente, **1** II, 409.
— — vertigine da mercurio, **2**, 657.
— — vomito intermittenti, **1** II, 409.
— eclamptici, **5** II, 83, 84.
— — nella nefrite scarlattinosa, **5** II, 184.
— epilettiformi, **1** II, 405.
— — da mercurio, **2**, 657.
— — nella paralisi generale progressiva, **6** III, 29, 50, 53, 55.
— — nella paralisi spinale infantile, **6** I, 321.
— — nella psicosi polineuritica, **6** II, 213.
— — nella sclerosi a piastre, **6** I, 348.
— — nella tabe, **6** I, 396.
— epilettoidi nell'isterismo, **6** III, 511.

Accessi ipertermici a sudori profusi nella febbre mediterranea, 1 II, 528.
— isterici, 6 III, 508, 535.
— notturni nella miliare, 2, 202.
— paralitici, 6 III, 29.
— pseudoapoplettici, 5 I, 97.
— ripetuti di rammollimento cerebrale, 6 I, 154.
— sincopali, 1 II, 405.
— — nelle miocarditi, 5 I, 109.
— subacuti di tonsillite lacunare caseosa, 3 I, 103.
— tardivi di amiotrofia, 6 I, 322.
— tonici di epilessia jacsoniana, 6 I, 78.
Accesso algido nella malaria, 1 II, 405.
— apoplettico, 6 I, 30.
— — nella malaria, 1 II, 404.
— apoplettiforme nella paralisi generale progressiva, 6 III, 29, 50, 53, 55, 62.
— — nella tabe, 6 I, 396.
— cardialgico nella malaria, 1 II, 405.
— diaforetico, 1 II, 404.
— di emicrania, 6 III, 609-611.
— di febbre malarica, 1 II, 397.
— di gotta, 1 I, 452, 469.
— di sonno nell'isterismo, 6 III, 513.
— dispnoico, 1 II, 404.
— epilettico, 1 I, 148; 6 III, 458.
— maniaco, 6 III, 86, 96, 197.
— nervoso secretorio, 4 I, 238.
— soporoso nella malaria, 1 II, 404.
— tardivo di amiotrofia, 6 I, 330.
— tetanico, 6 III, 561.
— uremico nella bronchite, 4 I, 299.
— vibratorio di epilessia jacsoniana, 6 I, 78.
Accidenti cerebrali nella bronchite, 4 I, 328.
— — nel vaiuolo, 2, 147.
— gravido-cardiaci di Peter, 4 I, 385.
— laringei nel tifo, 1 II, 238.
— nervosi negli orecchioni, 2, 219.
— — nella flemmasia, 5 I, 415.
Acclimatazione del bacillo della tubercolosi, 4 II, 16.
— nella febbre mediterranea, 1 II, 523.
— nel tifo, 1 II, 259.
Accumulo di grasso. V. *Obesità del cuore.*
Acefalocisti di Laënnec, 3 II, 506.
Acetato d'ammoniaca nel colèra, 1 II, 496.
— — nella scarlattina, 2, 80.
— — nel morbillo, 2, 116.
— — nella pleurite; LXXXV.
— di piombo nelle emorroidi; XLIII.
— — nelle enterorragie; XLIV.
— — nelle nevralgie; CIX.
Acetato potassico nelle cirrosi epatiche, 3 II, 427; XLIX.
Aceto contro l'avvelenamento acuto da tabacco; XXVII.
— nell'obesità, 1 I, 355.
Acetonemia, 2, 533.
Acetonuria nelle bronchite, 4 I, 328.
Achillodinia, 6 II, 382.
Achorion Schönleinii, 2, 342.
— (coltura di), 2, 342.
Acidalbumina, 5 II, 52.
Acidi biliari nell'urina, 3 II, 263.
— organici nel contenuto gastrico, 3 I, 247.
Acido acetico nella pachidermia della laringe; LXX.
— — nell'*area Celsi*, 2, 352; XVI.
— — nel prurito, 2, 418.
— benzoico nella gotta, 1 I, 476, 478.
— — nella renella dei bambini; II.
— — nella risipola, 2, 251.
— — nella tifoide, 1 II, 266.
— — nella tisi, 4 II, 234; LXXVI.
— — nell'uremia; CI.
— borico nel favo, 2, 344.
— — nella iperemia delle fosse nasali, 4 I, 9; LIII.
— — nell'angina scarlattinosa; IX.
— — nella tisi, 4 II, 235.
— — nella tosse faringea; LVII.
— — nell'ozena, 4 I, 66; LV.
— — nel morbillo, 2, 115.
— canforico nei sudori notturni dei tisici, 4 II, 257; LXXX.
— cianidrico nel prurito, 2, 418.
— cinnamico nella tisi, 4 II, 233; LXXXVI.
— citrico nella gonorrea; XIV.
— cloridrico disinfettante intestinale; I.
— — nel contenuto gastrico, 3, I, 247, 249.
— — nella clorosi, 2, 552.
— — nella gastrite cronica; XXXV.
— — nell'imbarazzo gastrico, 3 I, 314.
— crisofanico nella pitiriasi versicolore; XVII.
— — nelle lentiggini, 2, 398.
— cromico nella difterite, 3 I, 216; XXXIII.
— — nella tisi laringea, 4 I, 216; LIX.
— — nell'epistassi, 4 I, 30.
— dijodosalicilico nell'artrite blenorragica e reumatica; IV.
— fenico nel carbonchio, 1 II, 46.
— — nel favo, 2, 344.
— — nella gangrena dei bronchi, 4 I, 344; LXXII.
— — nella corizza; LIV.
— — nella malaria, 1 II, 426.

Acido fenico nella morva, 1 II, 72.
— — nell'angina difterica, 3 I, 208; XXXII.
— — nella pertosse, 4 I, 264; LXII.
— — nella risipola, 2, 251, 252; XI.
— — nella scarlattina, 2, 80.
— — nella tifoide, 1 II, 265.
— — nella tisi, 4 II, 235.
— — nella tisi laringea, 4 I, 216; LX.
— — nella tosse gastrica dei tisici, 4 II, 260; LXXXI.
— — nelle nevralgie; CVIII.
— — nello scorbuto, 2, 619.
— — nel lupus; XVII.
— — nel morbillo, 2, 115.
— — nel prurito, 2, 418; XVIII.
— — nel tetano, 6 III, 604; CXV.
— — nel tumore splenico malarico, 1 II, 427.
— — nel vaiuolo, 2, 165; X.
— fluoridrico nella tisi, 4 II, 236; LXXVI.
— gallico nella porpora infettiva, 2, 415.
— — nell'emottisi dei tisici, 4 II, 256; LXXIX.
— — nelle nefriti, 5 II, 239; C.
— ginocardico nella lebbra, 2, 384.
— lattico nel colèra asiatico, 1 II, 500, 502; VI.
— — nel colèra europeo, 1 II, 505.
— — nel colèra infantile, 3 II, 30; XLII.
— — nella desquamazione della lingua, 3 I, 31.
— — nella diarrea dei tisici, 4 II, 261; LXXXII.
— — nella tifoide, 1 II, 282.
— — nella tisi laringea, 4 I, 216; LX.
— — nell'enterite, 3 II, 17; XLI.
— — nell'enterite tubercolare, 3 II, 40.
— osmico nelle nevralgie; CVIII.
— picrico nella gonorrea; XIV.
— — nella risipola; X.
— pirogallico nella psoriasi, 2, 434; XX.
— — nella tricofizia; XVI.
— — nel lichen di Wilson, 2, 454.
— — nell'ulcera molle, 2, 307.
— — nel lupus; XVII.
— — nel lupus eritematoso, 2, 375; XVIII.
— salicilico nei sudori dei tisici, 4 II, 258; LXXX.
— — nell'acne, 2, 473; XXII.
— — nella difterite; XXXII.
— — nella gastrite cronica; XXXIV.
— — nella malaria, 1 II, 426.
— — nell'angina scarlattinosa; IX.
— — nella pitiriasi; XX.
— — nella pleurite, 4 II, 452; LXXXIV.
— — nella risipola, 2, 251.
— — nella scabbia; XV.
— — nella tifoide, 1 II, 265.
— — nell'eczema, 2, 438; XXI.
Acido salicilico nell'eritrasma, 2, 356; XVII.
— — nell'iperidrosi, 2, 475; XXIII.
— — nello scorbuto, 2, 619.
— — nell'ulcera molle, 2, 307.
— — nel lupus; XVII.
— — nel reumatismo cronico delle fauci; LVIII.
— — nel vaiuolo, 2, 167; X.
— solfanilico nello jodismo, 2, 488; XXIII.
— timico nell'anchilostomiasi, 3 II, 161; XLVI.
— — nell'ozena; LVI.
— tricloroacetico nell'epistassi, 4 I, 30.
Acinesia algera, 6 III, 651.
Acmofobie, 6 III, 319.
Acne, 2, 469; XXII.
— a cicatrici depresse, 2, 471.
— bromica, 2, 483, 487.
— cheloidea, 2, 470.
— cornea (Hardy), 2, 471.
— decalvante di Laillier, 2, 471.
— elefantiasica, 2, 470.
— eritematosa (Besnier), 2, 470.
— flemmonosa, 2, 470.
— indurita, 2, 470.
— ipertrofica, 2, 470.
— jodica, 2, 483, 487.
— necrotica (Böck), 2, 471.
— pancreatica, 3 I, 426.
— pilare (Bazin), 2, 470.
— pustolosa, 2, 470.
— rodente, 2, 471.
— rosacea, 2, 470.
— scorbutica, 2, 600.
— semplice o pustolosa, 2, 470.
— varioliforme (Bazin), 2, 465, 470.
Acnite di Barthélemy, 2, 471.
Acolia pigmentaria, 3 II, 248.
— — finale, 3 II, 433.
— secretoria nell'ittero grave, 3 II, 331.
— vera, 3 II, 339.
Acotinina nella nevralgia facciale, 6 II, 389.
— nella risipola, 2, 251.
— nell'emicrania, 6 III, 625.
— nelle nevralgie, 6 II, 370, 389; CVIII.
— nello zoster, 2, 451.
Aconito nel cardiopalmo dell'ipertrofia di cuore, 5 I, 80; LXXXVII.
— nella bronchite, 4 I, 310, 330; LXXI.
— nella gotta, 1 I, 475.
— nelle laringiti, 4 I, 152.
— nelle nevralgie nasali, 4 I, 37.
— nell'influenza, 1 II, 335.
— nell'isterismo; CXIV.
Acqua albuminosa nel colèra asiatico, 1 II, 496.
— — nel colèra europeo, 1 II, 505.

Acqua di calce nella difterite; xxxiv.
— — nelle discrasie acide, 1 I, 292.
— di Carlsbad per la lavanda gastrica; xxxiv.
— di cisterna nella renella, 1 I, 364.
— di cloro nella tifoide, 1 II, 282.
— di Goulard, 2, 627.
— di Rabel, 4 I, 419.
— distillata nella renella, 1 I, 364.
— (Iniezioni di) contro la tubercolosi, 4 II, 255.
— potabile e malaria, 1 II, 421.
— solfocarbonata di Dujardin-Beaumetz nella tifoide, 1 II, 282.
— — nella gastrite cronica; xxxv.
Acquavite tedesca nella scarlattina; x.
Acque del cancro, 3 I, 385.
— ferruginose nella clorosi, 2, 552.
— minerali, 1 I, 478; 3 II, 17, 311; 4 I, 169, 310; 5 I, 98; 5 II, 349; 6 I, 138; 6 II, 417.
— — nella litiasi biliare, 3 II, 311.
— purgative nel diabete, 1 I, 430.
— — nell'obesità, 1 I, 352.
— solforose nella bronchite cronica, 4 I, 309.
— — nella tisi, 4 II, 234.
— termali, 6 II, 383.
Acrocefalia, 6 III, 258.
Acrodinia 2, 771.
Acroestesia nella mania, 6 III, 91.
Acrofobia, 6 III, 320.
Acromaciti di Hayem, 2, 522.
Acromegalia, 6 I, 458, 467; 6 II, 429.
— parziale, 6 II, 436.
Actinomices bovis, 1 I, 79; 1 II, 148; 4 II, 499.
— (Coltura di), 1 II, 150.
— (Inoculazione sperimentale di), 1 II, 151.
Actinomicosi, 1 II, 147.
— addominale, 1 II, 160.
— bocco-faringea, 1 II, 157.
— cerebrale, 1 II, 161.
— cutanea, 1 II, 161.
— del cuore, 5 I, 137.
— nell'uomo, 1 II, 155.
— pioemica, 1 II, 161.
— polmonare, 1 II, 159.
— toracica, 1 II, 159.
Acumetria, 6 III, 549.
Addison (V. *Malattia d'*).
Adenia del Trousseau, 2, 574, 587; 4 II, 278.
Adenite ulcerosa, 2, 303.
Adeniti nel tifo esantematico, 2, 22.
Adeno-flemmone latero-faringeo, 3 I, 75.
— flemmoni secondari, 3 I, 60.
— — cervicali, 3 I, 60.
Adenoma del fegato, 3 II, 413, 453, 529.
— del rene, 5 II, 202.
Adenoma gastrico, 3 I, 371.
Adenopatia a forma fredda nella sifilide ereditaria, 2, 294.
— bronchiale sifilitica, 4 II, 276.
— cancerosa, 2, 601.
— negli orecchioni, 2, 220.
— tubercolare intestinale, 3 II, 37.
— sifilitica, 2, 271, 276.
— sopraclavicolare, 4 I, 500.
— tracheobronchiale, 4 I, 108; 4 II, 272.
Adeno-tifo, 1 II, 521.
Aderenza del lobulo dell'orecchio, 6 III, 260.
Aderenze pericardiche, 5 I, 47.
Adinamia nella polmonite, 4 II, 334.
— nel noma, 3 I, 19.
— nel tifo, 1 II, 249.
Adinamofobie, 6 III, 321.
Adipocera da arsenico, 2, 669.
Adiposi, 1 I, 323.
— cardiaca, 5 I, 91.
— sottocutanea, 6 II, 379.
— — nella paralisi spinale infantile, 6 I, 320.
Adonide invernale o estiva nei vizi di cuore, 5 I, 205; xc.
Aerobiosi dei bacilli, 1 II, 449.
Aerofobia nella rabbia, 1 II, 89.
Aeroterapia, 4 I, 241, 296, 310, 438; 4 II, 35, 241, 257.
— (Controindicazioni dell'), 4 I, 440.
— nella bronchite cronica, 4 I, 310.
Afalgesia, 6 I, 371.
Afasia, 6 I, 98.
— atassica, 6 I, 170.
— capsulare, 6 I, 120.
— corticale, 6 I, 23.
— da eresipela, 2, 240.
— da morbillo, 2, 105.
— di articolazione, 6 I, 100. V. *Afemia*.
— di conducibilità, 6 I, 123.
— grafica, 6 I, 100. V. *Agrafia*.
— intermittente, 1 II, 409.
— motoria sottocorticale, 6 I, 120.
— motrice, 6 I, 23, 100, 110.
— negli emiplegici, 6 I, 50.
— nella sifilide cerebrale, 6 II, 93, 95.
— nel tifo, 1 II, 241.
— sensoriale, 6 I, 22, 100.
— sottocorticale, 6 I, 23.
— transcorticale, 6 I, 121.
— transitoria nella paralisi generale progressiva, 6 III, 29, 62.
— uditiva o sordità verbale, 6 I, 100.
— visiva o cecità verbale, 6 I, 100.
Afemia, 6 I, 23, 24, 100.

Affezioni cachettiche, 5 II, 254.
— fermentative, 1 I, 3.
— marasmatiche, 5 II, 254.
— nervose malariche, 1 II, 410.
— parasifilitiche, 6 III, 60.
Affollamento e colèra, 1 II, 444.
— e malattie, 1 I, 54.
— e risipola, 2, 227.
— e tifo esantematico, 2, 8.
Affusioni fredde, 1 II, 269.
— — nella scarlattina, 2, 78, 79.
— — nella tifoide, 1 II, 269.
— — nelle febbri eruttive, 2, 38.
— — nel morbillo, 2, 116.
— — nel vaiuolo, 2, 166.
Afonia isterica, 6 III, 526.
— spasmodica di Traube, 4 I, 125.
Afrasia paranoica di Kussmaul, 6 III, 301.
Afta, 3 I, 21.
Agar-agar, 1 I, 91; 1 II, 113, 446, 451.
Agaricina nell'iperidrosi; XXIII.
Agarico nei sudori notturni dei tisici, 4 II, 257; LXXX.
Agatina nelle nevralgie; CVIII.
Agenesi cerebrale, 6 I, 190.
Agenti estesiogeni nell'isterismo, 6 III, 493.
— patogeni, 1 I, 62.
— — (qualità degli), 1 I, 127.
— — (quantità degli), 1 I, 63, 127.
— — (virulenza degli), I 1, 62.
Ageusia, 1 I, 393; 3 I, 6; 6 III, 47, 114, 487.
— isterica, 6 III, 487.
— nei malinconici, 6 III, 114.
— nel diabete, 1 I, 393.
— nella paralisi generale progressiva, 6 III, 47.
Agitazione maniaca, 6 III, 99, 100.
Agopuntura negli aneurismi, 5 I, 487.
Agorafobia, 6 III, 311, 320, 451.
Agrafia, 6 I, 24, 95, 100, 118; 6 II, 295.
— sifilitica, 6 I, 95.
Aïnhum, 2, 460.
Alalia nella paralisi labio-glosso-laringea, 6 I, 275, 277.
Albinismo, 6 III, 261.
Albrecht (V. *Apofisi lemuroide* di).
Albumina retrattile, 5 II, 55.
— tossica, 1 I, 113.
Albuminuria, 1 I, 55, 58, 60, 63, 64, 67, 69, 70, 73, 113, 256; 4 I, 257; 5 II, 51, 164, 175; C.
— a meccanismo indeterminato, 5 II, 73.
— critica, 5 II, 175.
— delle gravide, 5 II, 69.
— — per nefrite intercorrente, 5 II, 69.
— del travaglio, 5 II, 69.
Albuminuria discrasica, 5 II, 164.
— febbrile, 5 II, 164.
— fisiologica, 5 II, 58.
— lieve nelle angine, 3 I, 60.
— meccanica, 5 II, 70.
— minima, 5 II, 63.
— mista, 5 II, 58.
— nei tisici, 1 I, 256.
— nella pertosse, 4 I, 257.
— nelle intossicazioni acute, 5 II, 67.
— nelle malattie acute, 5 II, 64.
— nelle nefriti croniche, 5 II, 68.
— nervosa posteclamptica, 5 II, 69.
— per nefrite anteriore alla gravidanza, 5 II, 69.
— per nefrite consecutiva a gravidanza, 5 II, 69.
— puerperale, 5 II, 69.
Albumosi, 1 II, 115.
Alcalialbumina, 5 II, 52.
Alcalialbuminati, 1 I, 115.
Alcalini nel diabete, 1 I, 431, 438; III.
— nella diarrea biliare dei bambini, 3 II, 28.
— nella gonorrea, 2, 312.
— nella gotta, 1 I, 478.
— nella litiasi renale, 5 II, 348-9; CII.
— nell'*angina pectoris*, 5 I, 327.
— nelle discrasie acide, 1 I, 292.
— nell'ulcera gastrica, 3 I, 368; XXXV.
— nel reumatismo cronico progressivo, 1 I, 489.
Alcoofilia parossistica 6 III, 183, 323.
Alcool nell'anemia cerebrale, 6 I, 132.
— nella polmonite, 4 II, 347; LXXXII-III.
Alcoolismo, 2, 678, 682; 6 III, 101, 129, 139, 170, 178; XXVI.
— cronico gastrointestinale, 2, 693.
— — nervoso, 2, 693.
— e cardiopatie, 5 I, 91.
— e paralisi generale progressiva, 6 III, 13.
— e tubercolosi, 4 II, 57.
— grave, 2, 683.
Alessia, 6 III, 40.
— sottocorticale di Wernicke, 6 I, 23, 124.
Alessine, 6 III, 172.
Alfalgesie isteriche, 6 III, 501.
Alghe cianoficee, 1 I, 15.
Algidità nel colèra infantile, 3 II, 23.
Algofilia nei degenerati, 6 III, 263.
— nella mania, 6 III, 92.
Alienati migranti o viaggiatori, 6 III, 216.
Alienazione mentale, 1 I, 250.
— — sifilitica, 6 II, 100.
Alimentazione forzata degli alienati, 6 III, 134.
— nella tifoide, 1 II, 275.
Alimenti nervosi, 6 III, 176.

Allattamento e malattie, 1 I, 51.
— e psicosi, 6 III, 144, 342.
— e tubercolosi, 4 II, 39.
— nella malaria, 1 II, 417.
— nell'anemia perniciosa progressiva, 2, 559.
Allochiria, 6 III, 494, 499.
Allucinazioni dei perseguitati, 6 III, 291.
— della sensibilità, 6 III, 220.
— del senso genesico, 6 III, 220.
— fisse od ossessive, 6 III, 313.
— ipnagogiche (Maury), 6 III, 308.
— nei malinconici, 6 III, 114.
— nella confusione mentale, 6 III, 145.
— nella mania, 6 III, 92.
— nella paralisi generale progressiva, 6 III, 35.
— nella rabbia, 1 II, 94.
— oniriche (Régis), 6 III, 38.
— psichiche, 6 III, 219.
— psicomotorie, 6 III, 219.
— verbali uditive, 6 III, 217.
— visive, 6 III, 220.
Allume nella corizza cronica; LV.
— nella gonorrea; XV.
— nell'enterorragia; XLIV.
— nell'epistassi; LIII.
Aloe nella congestione cerebrale; CV.
— nella stitichezza della clorosi; XXV.
Alogia acquisita nelle demenze, 6 III, 239.
Alone gengivale nell'avvelenamento acuto da piombo, 2, 629, 633.
Alopecia areata, 2, 346; XVI. V. *Area Celsi.*
— postfavica, 2, 344.
— sifilitica, 2, 281.
Alterazione emicranica del cervello, 6 III, 609, 622.
Alterazioni dei globuli bianchi, 2, 525.
— dei globuli rossi, 2, 518.
— delle piastrine, 2, 525.
— ossee linfoidi nella linfadenia, 2, 582.
— — pioidi nella linfadenia, 2, 582.
Altitudine e malaria, 1 II, 357.
— e malattie, 1 I, 50; 1 II, 357.
— e tubercolosi, 4 II, 35.
Alveolite catarrale, 4 II, 198.
— fibrinosa di Cornil, 4 II, 198.
Amacofobia, 6 III, 320.
Amaurosi improvvisa per infarto nelle arterie dell'occhio, nell'endocardite pioemica, 5 I, 179.
— intermittente, 1 II, 409.
— isterica unilaterale, 6 III, 490.
— nel saturnismo, 2, 642.
— uremica, 5 II, 84.
Ambidestrismo, 6 III, 264.
Ambiente e tubercolosi, 4 II, 34.
Ambliopia afasica, 6 I, 104.
— idrargirica, 2, 658.
— isterica, 6 III, 488.
— nel saturnismo, 2, 642.
— nicotinica, 2, 713.
Ameba della dissenteria (Kartulis), 1 I, 70; 1 II, 7.
— della paglia, 3 II, 100.
Amenomania, 6 III, 99.
Amenza attonita di Meynert, 6 III, 242.
— confusionale, 6 III, 139, 142.
— dei degenerati, 6 III, 345.
— stupida, 6 III, 139, 142.
Amido nel contenuto gastrico, 3 I, 248.
Amigdalite flemmonosa, 3 I, 69.
Amilasi, 1 I, 13.
Amiostenia isterica, 6 III, 503.
Amiotassia nell'atetosi, 6 I, 65, 69.
Amiotrofia nella paralisi generale progressiva, 6 III, 42.
— nella siringomielia, 6 I, 454.
— nella tabe, 6 I, 379.
— progressiva, 6 I, 323.
Ammassi caseosi, 4 II, 85.
Ammiccamento, 6 II, 356.
Ammonemia, 5 II, 99.
Ammoniaca liquida nel coma diabetico; III.
— nella corizza; LIV.
— nell'alcoolismo acuto; XXVI.
— nell'alopecia areata, 2, 352.
Amnesia isterica, 6 III, 506.
— nella psicosi neuritica, 6 II, 213.
Amoeba coli, 3 II, 98, 131.
— *malariae*, 1 II, 373.
— — *febris quartanae*, 1 II, 373.
— — *febris tertianae*, 1 II, 375.
Amphistoma hominis, 3 II, 165.
Amusia di conducibilità, 6 I, 125.
— ricettiva, 6 I, 103. V. *Sordità musicale.*
Anacloridria, 3 I, 256.
Anaerobiosi dei bacilli, 1 II, 449.
Anafrodisia, 6 III, 338.
— dei neurastenici; CXIII.
— nei degenerati, 6 III, 265.
Analgesia nella siringomielite, 6 I, 456.
Analgesici. V. *Antinevralgici.*
— nella tabe; CVI.
Ananabasia, 6 III, 331.
Ananastasia, 6 III, 331.
Anapnografo, 4 I, 433.
Anartria, 6 I, 115.
— nella paralisi labio-glosso-laringea, 6 I, 275.
Anasarca, 5 II, 74; XCI.

Anasarca nella nefrite scarlattinosa, 5 II, 185.
— nel morbillo, 2, 104.
— scarlattinoso, 2, 64; 5 II, 185.
Anchilosi, 1 I, 484.
Anchilostoma duodenale, 3 II, 153.
Anchilostomiasi, 2, 549, 569; XLVI.
Andatura cerebellare, 6 I, 342.
— cerebello-spasmodica, 6 I, 342.
— da anitra, 6 II, 409.
— di Todd, 6 I, 61.
— elcopode, 6 I, 40.
— elicopode, 6 I, 40.
— nella malattia di Friedreich, 6 I, 418.
— nella miopatia progressiva, 6 II, 409.
— nella paralisi agitante, 6 III, 429.
— nella sclerosi a piastre, 6 I, 342.
— nelle neuriti, 6 II, 200.
— spasmodica, 6 I, 342.
— tabe-cerebellare, 6 I, 418.
— vacillante di Oppenheim, 6 I, 344.
Anectasina, 1 I, 27, 82, 167; 4 II, 97, 256.
Anello di Vidaillet, 1 II, 510.
Anematopoiesi, 2, 559.
Anemia boccale, 3 I, 8.
— cerebrale, 6 I, 127; CV.
— — acuta, 6 I, 130.
— — cronica, 6 I, 130.
— — degli areonauti, 6 I, 129.
— — dei bambini, 6 I, 131.
— — dei convalescenti, 6 I, 129, 131.
— — dei vecchi, 6 I, 131.
— — disseminata, 6 I, 131.
— — nel delirio acuto, 6 III, 165.
— — riflessa, 6 I, 129.
— da fosforismo cronico, 2, 677.
— da ossido di carbonio, 2, 719.
— degli obesi, 1 I, 333.
— dei fornaciai, 3 II, 156.
— dei minatori, 3 II, 155.
— dei paesi caldi, 1 II, 419.
— del Gottardo, 3 II, 155.
— di primo grado o leggiera, 2, 521.
— di quarto grado o estrema, 2, 522.
— di secondo grado o media, 2, 521.
— di terzo grado o grave, 2, 522.
— di vicinanza, 6 I, 33.
— e gravidanza, 2, 565.
— faringea, 3 I, 41.
— infantile pseudoleucemica (Jacksch e Luzet), 2, 584, 591.
— nella malaria, 1 II, 410.
— perniciosa dei bovini, 2, 560.
— — del cavallo, 2, 560.
— — gravidica, 2, 567.
Anemia perniciosa progressiva, 1 I, 261; 2, 555.
— — progressiva da sifilide, 2, 559.
— — progressiva e gravidanza, 2, 559.
— progressiva postmalarica, 3 II, 457.
— saturnina, 2, 641, 643.
— sifilitica di origine cerebrale, 6, 291.
— splenica, 2, 584.
Anestesia boccale, 3 I, 3.
— dei degenerati, 6 III, 263.
— della pianta del piede e sintoma di Romberg, 6 II, 223.
— della pianta del piede nelle neuriti, 6 II, 200.
— della pianta del piede nelle paralisi difteriche, 6 II, 238.
— dell'esofago, 3 I, 470.
— del senso morale, 6 III, 277, 286.
— del trigemino, 6 II, 359.
— dolorifica nella tabe, 6 I, 370.
— faringea, 3 I, 35; XXXI.
— — isterica, 3 I, 36.
— — post-difterica, 3 I, 35.
— gustativa, 3 I, 6.
— intermittente, 1 II, 409.
— isterica, 6 III, 484.
— nasale, 4 I, 35.
— nella compressione del midollo, 6 I, 482, 487.
— per i colori, 6 I, 171.
— relativa, 6 I, 371.
— saturnina, 2, 641.
— sessuale, 6 III, 339.
Aneurisma acuto del cuore, 5 I, 166.
— acuto o falso, 5 I, 127.
— aortico, 5 I, 228; 6 I, 477; XCVIII.
— — latente, 5 I, 469.
— — nella malaria, 5 I, 456.
— arterio-sclerotico, 5 I, 463.
— arterio-venoso dell'aorta, 5 I, 483.
— attivo del cuore, 5 I, 81.
— congenito, 5 I, 462.
— cronico o vero, 5 I, 127.
— dei neonati, 5 I, 463.
— dell'aorta, 5 I, 454.
— del tronco brachio-cefalico, 5 I, 477.
— diffuso, 5 I, 461.
— di Rasmussen, 4 I, 415; 4 II, 89; 5 I, 382.
— dissecante, 5 I, 388, 459.
— embolico, 5 I, 362, 463; 6 I, 141.
— falso consecutivo, 5 I, 460.
— fusiforme, 5 I, 457.
— miliare, 5 I, 406; 6 I, 162.
— misto esterno, 5 I, 461.
— — interno, 5 I, 461.
— parziale del cuore, 5 I, 126.

Aneurisma passivo del cuore, 5 I, 81, 232.
— per erosione, 5 I, 463.
— sacciforme, 5 I, 457.
— sifilitico, 5 I, 373.
— tracheale, 4 I, 305.
— traumatico, 5 I, 463.
— valvolare, 5 I, 166, 208, 262.
— valvolare nella mitrale, 5 I, 232.
Aneurismi e professioni, 5 I, 457.
— miliari del cervello, 5 I, 406.
Angina acuta non specifica, 3 I, 45.
— catarrale acuta, 3 I, 55.
— — cronica, 3 I, 142.
— — diffusa, 3 I, 65.
— — generalizzata, 3 I, 65.
— — preepiglottica, 3 I, 62.
— convulsiva, 3 I, 476.
— cotennosa comune, 3 I, 82.
— cronica e diabete, 3 I, 98.
— — e nefrite, 3 I, 98.
— da causa esterna, 3 I, 52.
— — interna, 3 I, 52.
— difterica, 3 I, 150-182.
— difteroide, 3 I, 184, 185.
— di Ludwig, 2, 237; 3 I, 11.
— di Tornwaldt, 4 I, 86.
— eresipelatosa, 2, 237; 3 I, 67.
— eritematosa acuta, 3 I, 65.
— — prereumatica, 3 I, 66.
— erpetica, 3 I, 67, 82.
— — acuta, 3 I, 82.
— — prolungata, 3 I, 82, 86.
— — recidivante, 3 I, 82, 86.
— faringea, 3 I, 65.
— flemmonosa, 3 I, 68.
— follicolare cronica, 3 I, 101.
— gangrenosa. V. *Gangrena della faringe.*
— ghiandolare, 3 I, 136.
— granulosa, 3 I, 136.
— interstiziale cronica diffusa, 3 I, 147; XXXII.
— morbillosa, 2, 91.
— nosocomiale fagedenica, 3 I, 90.
Angina pectoris, 5 I, 306; XCII, XCV.
— — diatesica, 5 I, 317.
— — e neurite cardiaca, 6 II, 218.
— — falsa, 5 I, 308.
— — isterica, 5 I, 315; 6 III, 525.
— — negli embolismi polmonari, 4 I, 401.
— — negli obesi, 1 I, 334.
— — nei gastrectasici, 3 I, 342.
— — nei tumori mediastinici, 4 II, 282.
— — nel diabete, 5 I, 317.
— — nella dilatazione cardiaca, 5 I, 86.
— — nella gotta, 5 I, 317.
Angina pectoris nelle nevrosi vasomotrici, 5 I, 316.
— — nella tabe dorsale, 5 I, 316.
— — nell'epilessia, 5 I, 316.
— — nello xantoma, 2, 464.
— — nel reumatismo, 5 I, 317.
— — nel tabagismo, 2, 714; 5 I, 318, 324.
— — nervosa, 5 I, 315, 324.
— — nevritica, 5 I, 322.
— — organica, 5 I, 314, 323.
— — pseudo-gastralgica, 5 I, 321.
— — reumatica, 5 I, 324.
— — riflessa, 5 I, 308, 316.
— — riflessa gastro-miocardica, 5 I, 324.
— — sclerotabagica, 5 I, 325.
— — spasmotabagico, 5 I, 325.
— — tossica, 5 I, 318.
— — vasomotrice, 5 I, 321, 324.
— — vera, 5 I, 308, 440.
— pneumococcica, 4 II, 361.
— reumatica, 5 II, 13, 35.
— reumatica senza reumatismo, 3 I, 65, 149.
— scarlattinosa, 2, 50, 76; 3 I, 67.
— — gangrenosa, 2, 61.
— — pseudodifterica, 2, 59.
— — pseudomembranosa, 2, 59.
— — semplice eritematosa, 2, 56.
— sifilitica precoce, 3 I, 67.
— tonsillare, 3 I, 56.
— tubercolare, 4 I, 180.
— vescicolosa. V. *Angina erpetica.*
Angiocheratoma del Mibelli, 2, 406.
Angiocolite ascendente, 3 II, 278.
— bacillare 1 I, 76, 122.
— calcolosa, 3 II, 281.
— desquamativa, 1 I, 358.
— discendente, 3 II, 277.
Angioite obliterante, 5 I, 381.
Angioleucite farcinosa, 1 II, 61.
Angioma biliare, 3 II, 437.
— cerebrale, 6 I, 266.
— cistico, 3 II, 437.
Angiomatosi tipica, 6 II, 440.
Angiopancreatite suppurata, 3 I, 418.
Anguillula di Normand, 3 II, 14, 98, 160.
— intestinale, 3 II, 160.
Anguillula stercoralis, 3 II, 14, 98, 160.
Angoscia laringea, 4 I, 191, 231.
— nell'*angina pectoris*, 5 I, 319.
— nelle fissazioni, 6 III, 311.
— precordiale nella malinconia, 6 III, 123, 125.
Anisocoria, 6 III, 259.
Anoia. V. *Demenza.*
Anomalie dei denti, 6 III, 259.

Anomalie della volontà, 6 III, 309, 314, 322.
— dell'emotività, 6 III, 309, 314.
— dell'intelligenza, 6 III, 269.
— dell'orecchio, 6 III, 259.
— del naso, 6 III, 259.
— del senso morale e del carattere, 6 III, 277, 286.
— del setto interauricolare, 5 I, 281.
— del setto interventricolare, 5 I, 281.
— di organi interni, 6 III, 261.
— genitali, 6 III, 260.
Anoressia, 3 I, 263; XXXVI.
— dei tisici, 4 II, 260; LXXXI.
— isterica, 6 III, 527, 535.
— nel cancro dello stomaco, 3 I, 383, 394.
— tabica, 6 I, 389.
Anosmia, 4 I, 31.
— isterica, 6 III, 482.
— dei malinconici, 6 III, 114.
— nel diabete, 1 I, 393.
Anossiemia, 6 III, 178. V. *Avvelenamento da ossido di carbonio.*
Ansia precordiale nella malinconia, 6 III, 125.
Ansietà parossistica, 4 I, 230.
Antacidi; I, V, XXXVII.
Antagonismi nella tisi polmonare, 4 II, 64.
Antagonismo microbico, 1 I, 69, 163; 4 II, 64.
Antidoti delle intossicazioni alimentari, 2, 741.
Antidoto della cocaina 2, 707.
— della muscarina, 2, 729.
— dell'oppio, 2, 697.
— del tabacco, 2, 711.
Antidotum arsenici, 2, 665; XXVI.
Antiemetici; CIII, CIV.
— nel colèra; VII.
— nel morbo d'Addison; CIII.
Antifebbrina nella broncbite, 4 I, 301; LXX.
— nella malaria, 1 II, 430.
— nella scarlattina, 2, 78.
— nella tifoide, 1 II, 265.
— nelle febbri eruttive, 2, 37.
— nell'emicrania, 6 III, 625.
— nelle nevralgie, 6 II, 370.
— nell'influenza; V.
— nel reumatismo articolare acuto; XCIX.
Antinevralgici nella sciatica, 6 II, 383.
— nell'emicrania, 6 III, 625.
— nelle neuriti, 6 II, 285.
— nelle nevralgie faringee, 3 I, 38; XXXI.
Antipiretici nella risipola, 2, 251.
— nella scarlattina, 2, 78.
— nella tisi, 4 II, 253; LXXVII.
— nelle febbri eruttive, 2, 37.
— nel tifo, 1 II, 265.
Antipirina nei sudori dei tisici, 4 II, 258.
— nel dengue, 1 II, 349.
— nel diabete, 1 I, 434; III.
— nella bronchite, 4 I, 301; LXX.
— nella bronchite dei bambini, 4 I, 330.
— nella corea, 6 III, 397; CXII.
— nella corizza, 4 I, 46; LIV.
— nella febbre ricorrente, 1 II, 556.
— nella gonorrea; XIII.
— nella malaria, 1 II, 426, 430.
— nella nevralgia laringea; LVII.
— nella nevralgia nasale, 4 I, 37.
— nella pertosse, 4 I, 265; LXIII.
— nella porpora reumatoide, 2, 415.
— nella risipola, 2, 251.
— nella scarlattina; IX.
— nella tachicardia, 5 I, 345; XCVII.
— nella tifoide, 1 II, 266.
— nelle febbri eruttive, 2, 37.
— nell'epistassi, 5 I, 26; LIII.
— nell'eritema polimorfo, 2, 405.
— nell'influenza, 1 II, 335.
— nell'iperestesia faringea, 3 I, 36; XXXI.
— — laringea; LVII.
— nell'orticaria; XIX.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 45; XCIX.
— nel reumatismo blenorragico, 2, 318.
Antipirismo, 6 III, 178.
Antipneumotossina di Klemperer, 4 II, 330.
Antisepsi biliare, 3 II, 254.
— esterna di Talamon nel vaiuolo, 2, 166.
— generale nelle angine, 3 I, 54.
— intestinale, 1 I, 215; 3 II, 17; I, V, VI.
— — nel colèra, 1 II, 499.
— — nelle angine, 3 I, 54.
— — nelle colecistiti, 3 II, 286.
— — nell'actinomicosi, 1 II, 163.
— — nella diarrea dei tisici, 4 II, 261; LXXXII.
— — nella febbre gialla, 1 II, 514.
— — nella malinconia, 6 III, 135.
— — nella polmonite; LXXXIII.
— — nella tifoide, 1 II, 280.
— — nelle intossicazioni alimentari, 2, 741; I, II, XXVII.
— — nelle neuriti autotossiche, 6 II, 283.
— — nel pseudotifo, 1 II, 540.
— locale nelle angine, 3 I, 52.
— nella difterite, 3 I, 170.
— nella scarlattina, 2, 77, 81.
— nelle febbri eruttive, 2, 39.
— nelle discrasie acide, 1 I, 292.
— nel morbillo, 2, 115.
— nel vaiuolo, 2, 166, 167.

Antisepsi nel tetano, **6** III, 604.
Antispasmina nella laringite; LVIII.
— nella pertosse; LVIII.
Antitubercolari, **4** II, 220.
Antracotica (Linfadenite), **4** II, 276.
Antrarobina nella psoriasi; XXI.
Antrofori nella gonorrea; XIV.
Antropofobia, **6** III, 321, 451.
Anuria, **5** II, 70.
— calcolosa, **5** II, 94.
— nel colèra, **5** II, 250.
— nella febbre biliosa emoglobinurica, **5** II, 125.
— nella febbre gialla, **1** II, 507, 510.
— nella litiasi renale, **5** II, 369.
— precoce scarlattinosa, **5** II, 149.
— scarlattinosa, **2**, 65.
Aorta clorotica, **2**, 535.
— nell'anemia perniciosa progressiva, **2**, 557.
Aortismo ereditario, **5** I, 395.
Aortite acuta, **5** I, 429.
— — *a frigore*, **5** I, 432.
— — suppurata, **5** I, 432, 434, 437.
— — ulcerosa, **5** I, 432, 437.
— — vegetante, **5** I, 432.
— a piastre, **5** I, 443.
— clorotica, **5** I, 362.
— cronica, **5** I, 439.
— nella sifilide, **5** I, 445.
— nel morbo di Basedow, **5** I, 445.
— nella malaria, **5** I, 444.
— nelle malattie infettive, **5** I, 433, 437.
— nell'endocardite, **5** I, 172.
Apatia intellettuale degli obesi, **1** I, 332.
— nella sclerodermia, **2**, 458.
Apertura anteriore delle cisti idatidee del fegato, **5** II, 518.
— d'ascesso epatico all'esterno, **5** II, 370.
— — — nei bronchi, **5** II, 370.
— — — nella pleura, **5** II, 371.
— — — nello stomaco, **5** II, 372.
— — — nel mediastino, **5** II, 371.
— — — nel pericardio, **5** II, 371.
— — — nel peritoneo, **5** II, 371.
— — — nel tubo digerente, **5** II, 371.
— intraaddominale delle cisti idatidi del fegato, **5** II, 519.
— intratoracica delle cisti idatidi del fegato, **5** II, 518.
Apiressia nei tisici, **4** II, 188.
Aplasia polmonare, **4** I, 441.
Apofisi lemuroide di Albrecht, **6** III, 259.
Apomorfina nella bronchite dei bambini, **4** I, 331.
— nella corizza, **4** I, 46; LIV.
Apomorfina nella laringite; LIX.
— nell'avvelenamento da fosforo, **2**, 673; XXVI.
— nell'insolazione, **2**, 792.
Apoplessia, **6** I, 30.
— bulbare, **6** I, 295.
— capillare, **6** I, 162.
— cerebellare, **6** I, 237.
— cerebrale, **6** I, 160.
— — sifilitica, **6** II, 93.
— con emianestesia ed afasia, **6** I, 175.
— — ed emicorea, **6** I, 174.
— — e paralisi facciale, **6** I, 175.
— con emicorea ed emiatetosi, **6** I, 173.
— con emiplegia, **6** I, 173.
— — ed emianestesia, **6** I, 173.
— congestizia, **6** I, 79.
— del pancreas, **5** I, 417.
— isterica di Debove e Achard, **6** I, 61.
— laringea, **4** I, 137.
— nella meningite pneumonica, **4** II, 356.
— nell'emorragia meningea, **6** II, 67.
— nell'epilessia jacsoniana, **6** I, 77.
— polmonare, **4** I, 413; LXXIII.
— pontina, **6** I, 262.
— reumatica, **5** II, 27.
— saturnina, **2**, 640.
— sierosa, **4** II, 195.
Apparecchi elettrici, **6** II, 190.
— pneumatici, **4** I, 296, 310, 439.
— protesici nelle neuriti, **6** II, 287.
Apparecchio a refrigerazione continua, **1** II, 269.
— di Biedert, **4** I, 439.
— di Dupont, **4** I, 439.
— di Eguisier, **5** I, 212.
— di Geigel, **4** I, 296, 439.
— di Marsh, **2**, 667.
— di Onimus, **4** II, 233.
— di Waldenburg, **4** I, 296, 433, 439.
— di Zander, **6** III, 612.
Appendicite, **5** II, 15, 41, 45.
— perforante, **5** II, 51, 190.
— recidivante, **5** II, 50.
— semplice, **5** II, 50.
— subacuta, **5** II, 51.
Applicazioni fredde nella tifoide, **1** II, 269.
Apraxia algera, **6** III, 651.
Aprosessia nella mania, **6** III, 87.
Aracnite cronica, **6** III, 4.
Aran-Duchenne (Malattia di), **4** I, 107.
Arbutina nel catarro vescicale; CI.
Arco psichico, **6** III, 32.
— senile della cornea nella degenerazione grassa del miocardio, **5** I, 98.
Area Celsi, **2**, 337.

Area Celsi a capelli fragili, 2, 346.
— — (Contagio di), 2, 348.
— — generalizzata, 2, 346.
— — nervosa. V. *Pseudo-Area Celsi trofoneurotica*, 2, 352.
— — pseudotonsurante, 2, 337, 346, 350.
— — totale, 2, 346.
Area d'ottusità del cuore, 5 I, 196.
Aria compressa, 4 I, 310.
— — nell'asma, 4 I, 241.
— — nell'enfisema polmonare, 4 I, 438.
— espirata, 1 I, 23.
— (Germi dell'), 1 I, 21.
— inspirata, 1 I, 146.
— libera contro la tubercolosi, 4 II, 241.
— marina e tubercolosi, 4 II, 35, 257.
— nel contagio della scarlattina, 2, 44.
— nella pleura, nella toracentesi, 4 II, 454.
— nella trasmissione della tubercolosi, 1 II, 119.
— prerespirata, 4 II, 34.
— rarefatta, 4 I, 310.
— residua, 4 I, 433.
— ruminata, 4 II, 34.
— (Sterilizzazione dell'), 1 I, 21.
Aristol nella gonorrea; XV.
— nella psoriasi; XXI.
— nella tisi laringea, 4 I, 216; XL.
— nell'epistassi, 4 I, 28.
— nell'ozena; LVI.
— nell'ulcera molle, 2, 307.
Aritmia cardiaca nell'insufficienza mitrale, 5 I, 249.
— digitalica, 5 I, 205.
Aritmomania, 6 III, 326.
Armanni-Ehrlich (Lesioni di — nel diabete), 1 I, 374, 405.
Arseniato sodico nel reumatismo cronico; IV.
Arsenicismo accidentale, 2, 667.
— cronico, 2, 667.
— professionale, 2, 667.
Arsenico e gravidanza, 2, 669.
— nel diabete, 1 I, 433, 437; III.
— nella bronchiettasia, 4 I, 363.
— nella clorosi, 2, 553; XXIV.
— nella corea, 6 III, 397; CXII.
— nella linfadenia, 2, 602; XXIV, XXV.
— nella malaria, 1 II, 422.
— nella morva, 1 II, 72.
— nell'anemia perniciosa progressiva, 2, 571.
— nella prurigine, 2, 421.
— nella psoriasi; XX.
— nell'asma, 4 I, 241; LXI.
— nella tisi, 4 II, 251; LXXVII.
— nell'atrofia muscolare progressiva, 6 I, 514.
Arsenico nelle neuriti malariche, 6 II, 284.
— nel lichen di Wilson, 2, 453.
— nell'orticaria; XIX.
— nello scorbuto, 2, 619.
— nel lupus, 2, 370; XVII.
— nel reumatismo cronico progressivo, 1 I, 490.
Arseniofagia, 2, 663.
Arteria dell'emorragia cerebrale, 6 I, 161, 175.
Arteriosclerosi, 5 I, 387, 391.
— e insufficienza aortica, 5 I, 217.
— e nevralgie facciali, 6 II, 385.
Arterite acuta, 5 I, 364.
— angiectasica, 5 I, 388.
— cerebrale, 5 I, 379.
— deformante o nodosa, 6 I, 166.
— embolica, 5 I, 365.
— generalizzata, 5 I, 386.
— infettiva, 5 I, 365, 370.
— midollare sifilitica, 6 II, 110.
— nodosa, 6 I, 166.
— obliterante, 5 I, 373.
— parietale, 6 I, 372.
— polmonare, 5 I, 377.
— sifilitica, 6 I, 368, 372.
— sifilitica cerebrale, 6 II, 93.
— tifosa, 5 I, 368, 370.
— tubercolare, 5 I, 381.
Artiglio interosseo, 6 I, 454.
Artralgia blenorragica, 2, 316.
— intermittente, 1 II, 409.
— nelle angine, 3 I, 60.
— saturnina, 2, 641.
Artrite blenorragica, 2, 316.
— da pneumococco, 4 II, 359.
— deformante o nodosa, 6 I, 166, 383.
— difterica, 3 I, 193.
— laringea, 4 I, 142, 176.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 13.
— secca vertebrale, 6 I, 478.
Artritismo, 1 I, 151, 338; 3 I, 330; 3 II, 67; 4 I, 283, 327, 383, 395.
— e aneurisma aortico, 5 I, 456.
— e tubercolosi, 4 II, 62.
Artrodinia, 1 II, 340.
— alcoolica, 6 II, 227.
Artropatia dissenterica, 3 II, 110.
Artropatie negli orecchioni, 2, 219.
— nella morva, 1 II, 68.
— nella sifilide ereditaria, 2, 295.
— nella tabe, 6 I, 382.
— nell'emiplegia, 6 I, 48.
— nell'eritema polimorfo, 2, 402.
— nell'influenza, 1 II, 329.
— nel tifo, 1 II, 244.

Artropatie polmonitiche, 4 II, 306, 359.
— scorbutiche, 2, 611.
— siringomieliche, 6 I, 458.
— tabiche, 6 I, 384.
— vaiuolose, 2, 159.
Ascaride lombricoide, 3 II, 148; XLV.
— marittimo, 3 II, 153.
— (Migrazioni di), 3 II, 150.
Ascaride *mystax*, 3 II, 152.
— nel pancreas, 3 I, 435.
Ascessi appendicolari, 3 II, 47.
— areolari del fegato, 3 II, 279, 364.
— biliari in cirrosi ipertrofica, 3 II, 439.
— cronici tonsillari, 3 I, 74.
— del bulbo, 6 I, 297.
— del fegato nella dissenteria, 3 II, 114.
— gottosi, 1 I, 463.
— miliari del pancreas, 3 I, 419.
— — disseminati del fegato, 3 II, 279.
— — nel polmone, 4 I, 411.
— periangiocolici, 3 II, 278.
— retrofaringei, 3 I, 68; 6 I, 477.
Ascesso acuto del fegato, 3 II, 369.
— appendicolare perinefritico, 3 II, 47.
— cerebrale, 6 I, 180; 6 II, 25.
— — latente, 5 I, 186.
— — secondario ad otite, 6 I, 182.
— — spontaneo, 6 I, 182.
— cronico del fegato, 3 II, 369.
— dei tropici, 3 II, 358.
— del cervelletto, 6 I, 249.
— del fegato, 3 II, 114, 279, 356, 361, 363, 364, 369, 439.
— flemmonoso del fegato, 3 II, 361.
— freddo, 1 II, 123.
— latero-faringeo, 3 I, 68.
— metastatico del fegato, 3 II, 356.
— multiplo del fegato, 3 II, 363.
— peribronchiale, 4 II, 126, 367.
— solitario del fegato, 3 II, 361.
— sottomucoso superficiale della base della lingua, 3 I, 77.
— subacuto del fegato, 3 II, 369.
Ascite, 3 II, 169.
— biliosa, 3 II, 175.
— cardiaca, 3 II, 352.
— chiliforme, 3 II, 173.
— cirrotica, 3 II, 416.
— con elementi epiteliali, 3 II, 174.
— curabile, 3 II, 178.
— ematica, 3 II, 174, 177.
— gelatinosa, 3 II, 174.
— meccanica circolatoria, 3 II, 175.
— nella cachessia palustre, 1 II, 410.
Ascite nella congestione epatica, 3 II, 352.
— nella peritonite tubercolare, 3 II, 213, 216.
— nell'insufficienza tricuspidale, 5 I, 272.
Ascoltazione dell'esofago, 3 I, 448.
Aseptol nella difterite; XXXII.
Asfissia, 4 I, 382.
— da bolo alimentare, 6 III, 53.
— dei neonati, 6 II, 63.
— epatica, 3 II, 339.
— locale delle estremità nei malinconici, 6 III, 120.
— nel cancro polmonare, 4 I, 501.
— nella bronchite capillare, 4 I, 338.
— nella contrattura del diaframma, 6 II, 359.
— nella pleurite, 4 I, 380.
— nella stenosi bronchiale, 4 I, 366.
— nel tetano, 6 III, 562.
— progressiva nella meningite spinale acuta, 6 II, 76.
— tubercolare acuta di Graves, 4 I, 339; 4 II, 191.
Asimmetria facciale, 6 III, 259.
Asistolia, 5 I, 294.
— acutissima, 4 I, 391.
— cardioepatica, 5 I, 304.
— cardiopolmonare, 5 I, 303.
— cardiovascolare, 5 I, 97, 303.
— da affezione nervosa, 5 I, 296.
— da affezioni gastriche, 5 I, 297.
— — polmonari, 5 I, 296.
— da astenia vasale, 5 I, 296.
— da astenia vascolare, 5 I, 296.
— da lesioni addominali, 5 I, 296.
— da lesioni arteriose, 5 I, 296.
— dei gobbi, 5 I, 296.
— digitalica, 5 I, 204.
— di origine nervosa, 5 I, 297.
— d'origine gastro-intestinale, 5 I, 297.
— epatica, 5 I, 297, 303, 353.
— in malattie polmonari, 5 I, 296.
— locale, 5 I, 197, 298, 303.
— nella cloroanemia, 5 I, 295.
— nella dilatazione di cuore, 5 I, 86.
— nella gotta, 5 I, 295.
— nell'alcoolismo, 5 I, 295.
— nella nefrite interstiziale, 5 I, 295.
— nella pericardite, 5 I, 30, 295.
— nell'arteriosclerosi, 5 I, 295.
— nelle malattie infettive, 5 I, 295.
— — nervose, 5 I, 297.
— nelle miocarditi, 5 I, 108, 295.
— nell'obesità, 5 I, 295.
— nel saturnismo, 5 I, 295.
— renale, 5 I, 303.

Asistolia riflessa, **5** I, 297.
— tossica da digitale, **5** I, 204.
Asma, **4** I, 222.
— a forma bronchiale nei bambini, **4** I, 329.
— albuminurico, **4** I, 234.
— cardiaco, **5** I, 97.
— — nella pericardite, **5** I, 24.
— — nella stenosi mitrale, **5** I, 236.
— catarrale cronico, **4** I, 229.
— convulsivo, **4** I, 228.
— da fieno, **4** I, 47, 235.
— da idrotionemia di Cantani, **3** I, 312.
— dei bambini, **4** I, 331.
— d'estate, **4** I, 47.
— di Kopp o di Millar, **4** I, 132, 234; **6** III, 466.
— dispeptico, **3** I, 312; **4** I, 236.
— doloroso, **4** I, 220.
— essenziale, **4** I, 233; LXI.
— e tubercolosi, **4** I, 232; **4** II, 62.
— (Evoluzione dell'), **4** I, 231.
— infantile, **4** I, 229.
— nasale, **4** I, 40, 229.
— pneumobulbare, **4** I, 238.
— premonitorio della gotta, **1** I, 452.
— saturnino, **2**, 637.
— secco, **4** I, 228.
— timico, **4** I, 234; **6** III, 467.
— tonsillare, **3** I, 109.
— (Trasformazione dell'), **4** I, 232.
— umido, **4** I, 228, 235.
— uremico, **5** II, 87.
— uterino, **4** I, 236.
— verminoso, **4** I, 237.
Aspergillus fumigatus, **4** I, 412, 512.
— *glaucus*, **4** I, 412.
Aspettazione armata nel tifo addominale, **1** II, 265.
— nella pleurite, **4** II, 453.
— nella polmonite, **4** II, 348.
Assafetida nelle bronchiti, **4** I, 295, 309; LXVIII.
— nell'emicrania, **6** III, 626.
Assenza epilettica, **6** III, 464.
— nell'epilessia jacsoniana, **6** I, 78.
Assimilazione, **1** I, 238.
Associazione delle idee nella mania, **6** III, 88.
— delle immagini, **6** I, 9.
Associazioni di paralisi, **1** I, 391.
— microbiche, **1** I, 142, 150.
— — nella blenorragia, **2**, 309.
— — nella difterite, **3** I, 163.
— — nella meningite, **4** II, 15.
— — nella polmonite, **4** II, 333.
— — nella tubercolosi, **1** II, 130; **4** II, 132.
Assuefazione nel tifo, **1** II, 259.
Astasia abasia, **6** III, 521, 663.
Astenia cardiaca nella congestione polmonare, **4** I, 389.
— — nelle nefriti, **5** II, 235.
— cardio-vascolare nella miocardite, **5** I, 107.
— nella polmonite, **4** II, 334.
— nel morbo d'Addison, **5** II, 370.
— neuromuscolare nella malattia di Beard, **6** III, 442.
— vascolare (Peter), **5** I, 199, 296.
Astenopia neurastenica, **6** III, 448.
Asthma a gibbo, **4** I, 300.
— *gravidarum*, **4** II, 537.
— *pulverulentorum*, **4** I, 463.
Astringenti, **3** II, 17.
Astrofobia, **6** III, 321.
Atassia acuta, **6** II, 225.
— alcoolica, **6** II, 201.
— cerebellare, **6** I, 232.
— delle gambe nei tabici, **6** I, 400.
— del tono, **6** I, 367.
— ereditaria. V. *Morbo di Friedreich.*
— locomotrice, **6** I, 232.
— — progressiva, **6** I, 364.
— nelle neuriti, **6** II, 200.
— psicomotrice, **6** III, 3.
— renale, **5** II, 189.
— statica, **6** III, 394, 419.
Atassoadinamia cardiovascolare nelle miocarditi, **5** I, 107.
Atavismo, **1** I, 231.
Atelettasia dei gobbi, **4** I, 41.
— marantica, **4** I, 441.
— polmonare, **4** I, 282, 328, 334, 336, 441; **4** II, 368.
— polmonare normale, **4** I, 441.
Ateroma, **1** I, 123.
— aortico, **5** I, 439.
— arterioso, **5** I, 387.
— saturnino, **2**, 636.
Atetosi bilaterale, **6** II, 199.
— corea, **6** I, 69; **6** III, 412.
— doppia, **6** I, 64 · **6** III, 395.
— — infantile, **6** I, 200.
— nelle neuriti, **6** II, 199.
Atipie, **6** III, 257.
Atonia gastrointestinale neurastenica, **6** III, 443.
Atremia, **6** III, 321, 451, 663.
Atrepsia acuta di Parrot, **3** II, 21.
— a decorso rapido, **3** II, 29.
— dei bambini, **4** I, 331; **4** II, 206; **6** I, 146.
Atrofia acquisita del cuore, **5** I, 89.
— cerebellare, **6** I, 255.

Atrofia congenita del cuore, 5 I, 89.
— del cuore, 5 I, 88.
— del cuore sinistro nella stenosi polmonare, 5 I, 256.
— del nervo ottico da sifilide, 6 II, 89.
— del polmone, 4 I, 452.
— dentaria cupoliforme di Parrot, 2, 294.
— epatica nella cirrosi calcolosa, 3 II, 447.
— gialla acuta del fegato, 3 II, 335.
— linguale nella paralisi labio-glosso-laringea, 6 I, 275.
— muscolare (Charcot-Marie), 6 II, 421.
— — da neurite, 6 II, 197.
— — grassosa, 6 II, 398.
— — isterica, 6 II, 421.
— — nella lebbra, 2, 380.
— — nella malattia di Charcot, 6 I, 331.
— — nella paralisi generale progressiva, 6 III, 48.
— — nell'emiplegia, 6 I, 47.
— — nell'isterismo, 6 III, 531.
— — nel saturnismo, 2, 640.
— — progressiva. V. *Malattia di Duchenne-Aran.*
— — — infantile, 6 I, 323; VI 2, 415.
— — — neuritica, 6 II, 198.
— — — spinale neuritica, 6 II, 199.
— — — spinale protopatica, 6 I, 505.
— parziale del cuore, 5 I, 89.
— pigmentaria del cuore, 5 I, 89.
— renale, 5 II, 201.
— — nella gotta, 5 II, 211.
— secondaria del rene, 5 II, 192.
— stomacale nell'anemia perniciosa progressiva, 2, 557.
— testicolare consecutiva agli orecchioni, 2, 218.
— trabecolare del fegato, 3 II, 354.
Atropina e morfina, 2, 697.
— nei sudori notturni dei tisici, 4 II, 257; LXXX.
— nei vizi di cuore, 5 I, 207.
— nel colèra, 1 II, 504.
— nel crampo degli scrivani, 6 III, 649.
— nella incontinenza d'urina; CXIII.
— nella miliare, 2, 211; XI.
— nella pertosse, 4 I, 265; LXIV.
— nell'avvelenamento da arsenico, 2, 664; XXVI.
— — da funghi, 2, 729; XXVII.
— — da oppio, 2, 697; XXVI.
— nell'edema polmonare, 4 I, 392; LXXII.
— nelle nevralgie, 6 II, 370; CVII..
— nell'epilessia; CXIV.
— nell'iperidrosi, 2, 475.
— nell'orticaria; XIX.
— nel mal di mare, 6 III, 675.
Atropina nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 45.
— nel saturnismo, 2, 645.
Attacchi ripetuti di rammollimento cerebrale, 6 I, 154.
Attacco. V. *Accesso.*
Atteggiamento ad arco di cerchio nell'accesso isterico, 6 III, 509.
— passionale nell'accesso isterico, 6 III, 510.
— statico nella catalessia, 6 III, 124.
Attenuazione dei batterii col calore, 1 I, 129, 211.
— — col disseccamento, 1 I, 130, 211.
— — con la luce, 1 I, 23, 129, 211.
— — con la pressione, 1 I, 130.
— — con l'elettricità, 1 I, 129.
— — con l'ossigeno, 1 I, 23.
Attenzione nella mania, 6 III, 87.
Attitudine compensatrice nelle oftalmoplegie, 6 II, 331.
Atto riflesso, 6 I, 5.
Audizione dolorosa, 6 II, 322.
Aura asmatica, 4 I, 223.
— cursativa, 6 III, 459.
— emicranica, 6 III, 610, 616.
— epilettica, 6 III, 459.
— motoria, 6 III, 459.
— — dell'epilessia jacsoniana, 6 I, 74.
— nell'*angina pectoris*, 5 I, 321.
— psichica, 6 I, 74.
— sensitiva, 6 I, 74, 460.
— — nell'emicrania, 6 III, 611.
— uditiva, 6 III, 460.
— visiva nell'emicrania, 6 III, 610, 616.
Autoinoculabilità dell'ectima, 2, 390.
— dell'ulcera molle, 2, 274, 303.
Autoinoculazione dei tubercolotici, 4 II, 183.
— nel vaccino, 2, 184.
Autointossicazione da acido carbonico, 4 I, 317, 417; 6 III, 171.
— da insufficienza epatica, 3 II, 301.
— da strapazzo, 5 I, 106.
— e malattie, 1 I, 62; 6 III, 171.
— gastrica, 1 I, 251, 262, 308; 3 I, 281.
— — nelle alienazioni mentali, 6 III, 94, 171.
— nella dilatazione gastrica, 3 I, 339.
— nell'imbarazzo gastrico, 3 I, 311.
— nell'itterizia, 3 II, 260
— nello stomaco, 3 I, 267.
— nel vaccino, 2, 184.
— per mancanza della capsula surrenale, 5 II, 381, 386.
Automatismo, 6 I, 10.
— ambulatorio, 6 III, 465.
— — nell'isterismo, 6 III, 514.

Automutilazioni dei malinconici, 6 III, 114.
Autotifisazione di Peter, 1 II, 169; 5 I, 106.
Avvelenamento accidentale per mercurio, 2, 648.
— acuto da arsenico, 2, 663.
— — da fosforo, 2, 671; XXVI.
— — da piombo, 2, 627.
— — per oppio, 2, 695, 696; XXVI.
— alimentare, 2, 741; XXVII.
— criminale per mercurio, 2, 648.
— da fiammiferi, 2, 670.
— da funghi, 2, 725, 728; XXVII.
— da muscarina, 2, 726.
— da solanacee, 6 III, 101.
— da stricnina, 6 III, 568.
— endogeno, 4 I, 316, 416.
— mercuriale acutissimo, 2, 650.
Avvelenamento mercuriale subacuto, 2, 653.
— professionale da mercurio, 2, 649.
— subacuto da arsenico, 2, 665.
— terapeutico di mercurio, 2, 649.
Azione curativa della febbre, 1 II, 231.
— d'arresto del fascio piramidale, 6 I, 36.
— depuratrice del fegato, 5 II, 245.
— fermentatrice dei microbii nei tessuti, 1 I, 110.
— microbicida del succo gastrico, 5 I, 259.
— terapeutica dell'erisipela, 2, 226.
Azioni riflesse nello stomaco, 5 I, 266.
Azoturia essenziale di Lecorché, 1 I, 439.
— senza poliuria di Bouchard, 1 I, 442.
Azzurro di Löffler, 5 I, 153.
— di metilene nella malaria, 1 II, 426.
— — nelle nevralgie; CVIII.

B

Baccelli (Sintomo o fenomeno di), 4 II, 121, 432, 469.
Bacillemia di Benda, 4 II, 180.
Bacilli anaerobii, 1 II, 3.
— nelle caverne, 4 II, 91.
— nel tessuto osseo, 1 I, 111.
— patogeni nell'aria, 1 I, 22.
Bacillo capocchiato di Nicolaier, 1 I, 25, 31; 6 III, 569, 575.
— — in vita aerobia, 6 III, 577.
— — (colture del), 6 III, 575.
— — e suoi prodotti tossici, 6 III, 577, 584.
— — e prodotti tossici nel sangue, 6 III, 586.
— capsulato di Friedländer, 4 II, 300, 484.
— del carbonchio, 1 I, 5, 31; 1 II, 12; 2, 515.
— — (Colture del), 1 II, 14.
— — nel sangue, 2, 513.
— — (Spore del), 1 II, 16.
— del colèra, 1 I, 25, 70; 1 II, 170, 445, 456.
— — (Colorazione del), 1 II, 445.
— — (Coltura del), 1 II, 446, 448.
— — (Inoculazione sperimentale del), 1 II, 457.
— — nell'acqua, 1 II, 450.
— — nelle feci, 1 II, 445.
— — nel sangue, 1 II, 452.
— — (Prodotti solubili del), 1 II, 458.
— — (Spore del), 1 II, 447.
— — (Varietà del), 1 II, 474.
— del colèra dei polli, 1 I, 31, 77.
— del colon, 5 II, 8.
— della diarrea verde, 5 II, 26, 28.
— della dissenteria, 1 I, 32.
Bacillo della febbre tifoide del cavallo, 1 II, 5.
— della lebbra, 2, 375, 381.
— — (Colorazione del), 2, 381.
— — (Coltura del), 2, 382.
— della morva, 1 I, 31; 2, 515.
— — (Coltura del), 1 II, 50.
— dell'angiocolite, 1 I, 32.
— della setticemia dei topi, 1 I, 31.
— della tubercolosi. V. *Bacillo di Koch.*
— dell'edema maligno, 4 II, 498.
— del mal rosso dei suini, 1 I, 31.
— del pus verde, 1 I, 31.
— del tetano. V. *Bacillo capocchiato.*
— del tifo. V. *Bacillo di Eberth.*
— di Chantemesse e Vidal, 5 II, 100.
— di Denecke, 1 II, 455.
— di Ducrey, 2, 306.
— di Eberth, 1 I, 25, 30, 31, 70; 1 II, 170; 6 II, 16.
— — (Colorazione del), 1 II, 179.
— — (Coltura del), 1 II, 172, 203.
— — (Flagelli del), 1 II, 209.
— — (Inoculazione sperimentale del), 1 II, 181.
— — nei testicoli, 1 II, 228.
— — nell'acqua, 1 II, 193, 212.
— — nell'aria, 1 II, 204.
— — nella corteccia cerebrale, 1 II, 180, 240.
— — nelle miocarditi, 5 I, 106.
— — nelle endocarditi, 5 I, 159.
— — nel sangue, 1 II, 179, 181; 2, 513.
— — (Prodotti solubili del), 1 II, 178.
— — (Spore del), 1 II, 175.

Bacillo di Eberth (Trasmissione intraplacentare del), 1 II, 205.
— di Emmerich, 1 II, 453.
— di Escherich, 1 I, 70.
— — nel sangue, 2, 513.
— di Finkler e Prior, 1 II, 449, 454, 505.
— — (Colture del), 1 II, 455.
— difterico. V. *Bacillo di Löffler*.
— di Hansen, 2, 375, 381.
— di Klebs e Löffler. V. *Bacillo di Löffler*.
— di Koch, 1 I, 32; 1 II, 111; 2, 357, 368, 515; 4 I, 412; 4 II, 13, 487 e *passim*.
— — (Acclimatazione del), 4 II, 116.
— — (Attenuazione del), 1 II, 138.
— — (Colorazione del), 4 II, 13, 114, 180, 186.
— — (Coltura del), 4 II, 16.
— — e ascesso cerebrale, 6 I, 183.
— — (Eliminazione del), 4 II, 19.
— — negli sputi, 4 II, 13, 114.
— — nei tubercoli cerebellari, 6 I, 240.
— — nel fegato, 3 II, 479.
— — nella meningite, 6 II, 26.
— — nella peritonite, 3 II, 208.
— — nelle feci, 4 II, 184.
— — nell'endocardite, 5 I, 159.
— — nell'intestino, 3 II, 33, 38, 39, 40; 4 II, 184.
— — nel lupus, 2, 368.
— — nell'urina, 4 II, 182.
— — nel pericardio, 5 I, 18, 62.
— — nel sangue, 2, 513, 516; 4 II, 180, 186.
— — nel sudore dei tisici, 1 II, 120.
— — nel tubercolo, 1 II, 128.
— — (Prodotti solubili nel), 1 II, 115.
— — (Resistenza del), 1 II, 116; 4 II, 17.
— — (Spore del), 4 II, 17.
— di Lesage, 1 I, 76.
— di Löffler, 1 I, 32, 69, 102, 128, 145; 3 I, 150, 152.
— — (Attenuazione), 3 I, 162.
— — (Colture del), 3 I, 154, 200.
— — nelle miocarditi, 5 I, 105.
— — (Spore del), 3 I, 156.
— di Lustgarten, 1 I, 78; 2, 268.
— di Miller, 1 I, 32.
— di Nicolaïer. V. *Bacillo capocchiato*.
— di Pacini, 1 II, 445.
— napoletano di Emmerich, 1 II, 459.
— piocianico, 1 I, 91.
— piogene fetido, 1 II, 4, 130.
— pseudo-difterico, 3 I, 61, 154.
— pseudo-tifo, 1 II, 212.
— similtifo, 1 II, 212.
— virgola o del colèra. V. *Colèra*.
Bacillus allantoides, 1 I, 18.
— *amylobacter*, 1 I, 11-25.
— *aureus*, 4 I, 280.
— *endocarditis griseus*, 5 I, 181.
— *fluorescens*, 4 I, 280.
— *iris*, 4 I, 280.
— *malariae*, 1 II, 362.
— *pastorianus*, 1 I, 11.
— *pyocyaneus*, 1 I, 11, 12; 4 I, 280.
— — *foetidus*, 4 I, 362.
— *radicicola*, 1 I, 13.
— *squamosus*, 4 I, 280.
— *subtilis*, 1 I, 22, 25; 1 II, 211, 505; 4 I, 49.
— *virescens*, 4 I, 280.
— *viridis*, 4 I, 280.
Bacino rachitico, 1 I, 302.
Bacterium coli commune, 1 I, 32, 70, 76, 99, 114, 146, 358; 1 II, 170, 211, 456, 459, 505; 2, 48; 3 II, 8, 15, 55, 62, 64; 4 I, 279, 327, 363, 385, 395; 4 II, 133, 394, 399, 499; 6 II, 13.
— — — negli ascessi epatici, 3 II, 365.
— — — nella meningite, 6 II, 9, 13.
— — — nella peritonite acuta, 3 II, 181, 185.
— — — nelle angiocoliti, 3 II, 279.
— — — nelle cisti idatidi del fegato, 3 II, 515.
— — — nell'ittero grave, 3 II, 338.
— *maïdis*, 2, 748.
— *merismopoedioides*, 1 I, 9.
— *termo*, 1 I, 22; 2, 188; 3 I, 151.
Bagni arsenicali, 1 I, 491.
— — nel reumatismo cronico progressivo, 1 I, 490, 495.
— — compressi, 4 I, 438.
— d'aria calda nella dermatomiosite, 6 III, 487.
— di mare, 1 I, 353.
— di vapori di trementina, 1 I, 493.
— — — nel reumatismo cronico progressivo, 1 I, 493.
— — nella malaria, 1 II, 427.
— — nelle febbri eruttive, 2, 38.
— minerali, 1 I, 353.
— — nell'obesità, 1 I, 353.
— resinosi, 1 I, 435.
— salati, 1 I, 435.
— solforosi, 1 I, 435.
— sovrariscaldati, 1 I, 493.
— tiepidi, 1 I, 491.
Bagno alla Giannini, 1 I, 281; 1 II, 268.
— — nella polmonite, 4 II, 348.
— — nella tifoide, 1 II, 268.
— — nel pseudotifo, 1 III, 540.
— a vapore nelle nefriti, 5 II, 236.
— Brand nella tifoide, 1 II, 270.

Bagno caldo, **1** I, 353; **4** I, 308.
— — nel colèra, **1** II, 502.
— — nella bronchite cronica, **4** I, 305.
— — nella tetania, **6** II, 536.
— — nelle neuriti, **6** II, 285.
— — nell'obesità, **1** I, 353.
— — nell'insolazione, **2**, 790.
— — nell'ulcera molle, **2**, 307.
— — nel tetano, **6** III, 602.
— — d'aria, **1** I, 353, 435, 493.
— — — calda, **5** II, 236.
— d'aria calda nelle nefriti, **5** II, 236.
— — nell'obesità, **1** I, 353.
— dopo il pasto, **6** I, 133.
— freddo, **1** I, 280.
— — di Récamier, **1** I, 280.
— — nella miliare, **2**, 211.
— — nella polmonite, **4** II, 348.
— — nella risipola, **2**, 251.
— — nella scarlattina, **2**, 79.
— — nelle febbri eruttive, **2**, 38.
— — nell'insolazione, **2**, 790.
— — nel vaiuolo, **2**, 167.
— raffreddato. V. *Bagno alla Giannini.*
— tiepido nella miliare, **2**, 211.
— — nella risipola, **2**, 251.
— — nella scarlattina, **2**, 80.
— — nelle febbri eruttive, **2**, 38.
— — nel vaiuolo, **2**, 166.
— turco nelle nefriti, **5** II, 236.
Balanite erosiva, **2**, 275.
Balanopostite, **2**, 311.
Balantidium coli, **3** II, 132.
Balbuzie isterica, **6** III, 526.
Balneoterapia, **1** I, 278, 353.
Balsamici, **4** II, 233.
— nella bronchiettasia, **4** I, 363.
— nella gonorrea, **2**, 312.
— nelle bronchiti, **4** I, 295, 301, 308, 363; LXVII, LXVIII, LXX.
— nelle laringiti, **4** I, 152; LVIII.
Balsamo del Perù nella ftiriasi, **2**, 330.
— di Gurjum nella lebbra, **2**, 384; XVIII.
— peruviano nella gonorrea; XIII.
— — nella scabbia, **2**, 328; XV.
Barra trasversale alle spalle nell'aortite, **5** I, 434.
Barthélemy (Acnite di), **2**, 471.
Basedow (V. *Malattia di*).
Basofobia, **6** III, 321.
Batteriacei, **1** I, 15. V. *Batterii.*
Batter di denti, **6** II, 355.
Batterii (Attenuazione dei), **1** I, 23, 129, 211.
— cromogeni, **4** I, 280.
Batterii della suppurazione, **1** II, 4.
— e digestione, **3** I, 257.
— saprofiti, **1** II, 450.
— tiogeni o solfobatterii, **1** I, 12.
— verdi, **1** I, 11.
Batteriocecidie di Vuillemin, **1** I, 14.
Batterio di Schön, **1** I, 71.
— piogene di Clado e Albarran, **3** II, 183.
— purpurina di Engelmann, **1** I, 11.
Batterioterapia, **1** I, 156, 212; **1** II, 44; **2**, 226; **3** I, 164; **4** II, 219.
— della tubercolosi, **1** I, 73; **4** II, 219.
— nella difterite, **3** I, 219.
Battito esagerato delle arterie del collo nelle aortiti, **5** I, 447.
Baumgarten (Legge di), **1** II, 114.
Bazin (V. *Acne pilare di*).
— (V. *Acne varioliforme di*).
Beard (V. *Malattia di*).
Belenofobia, **6** III, 319.
Belladonna nel diabete, **1** I, 433; III.
— nel gozzo esoftalmico, **4** II, 476.
— nella bronchite cronica, **4** I, 309.
— nella bronchite dei bambini, **4** I, 330; LXXI.
— nella pertosse, **4** I, 265; LXIII.
— nella tachicardia, **5** I, 345.
— nell'enfisema polmonare, **4** I, 441; LXXIII.
— nel jodismo, **2**, 487; XXIII.
— nello spasmo laringeo; LVII.
Benda (V. *Bacillemia di*).
Benzanilide nella tifoide, **1** II, 266.
Benzina nella pitiriasi versicolore; XVII.
Benzoato di naftol nella difterite, **3** I, 213.
— di sodio nel colèra europeo, **1** II, 506.
— — nella bronchite, **4** I, 301; LXX.
— — nella corizza, **4** I, 46; LIII.
— — nell'angina catarrale, **3** I, 68; XXXI.
— — nella pertosse, **4** I, 264; XLII.
— — nella tifoide, **1** II, 266.
— — nelle angine croniche; XXXII.
— — nelle laringiti, **4** I, 152; LVIII.
— — nell'influenza, **1** II, 338; V.
— — nel reumatismo articolare acuto, **5** II, 45; C.
Benzoino nella gangrena dei bronchi, **4** I, 344; LXXII.
— nella pertosse, **4** I, 266; LXVI.
— nelle bronchiti, **4** I, 295; LXVII.
Benzol nella pertosse, **4** I, 264; LXII.
Benzonaftol nella diarrea dei tisici, **4** II, 261; LXXXII.
— nella malinconia; CXII.
Berberina nella malaria, **1** II, 426.
Bergeon (Clisteri gassosi di), **6** I, 440.

Bergeon e Kastus (Spirometro di), 4 I, 433.
Béri-béri, 6 II, 218, 243.
Besnier (V. *Acne eritematosa di*).
Betol disinfettante intestinale; I.
— nella stomatite aftosa, 3 I, 24.
Betolo nell'orticaria; XX.
Biberon e colèra infantile, 3 II, 21.
Bicarbonato di sodio nello jodismo, 2, 488; XXIII.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 45; C.
Biedert (V. *Apparecchio di*).
Biligenesi, 3 II, 240, 250.
Biofobie, 6 III, 318, 320.
Bismuto nel colèra, 1 II, 495, 496, 501.
— nel colèra infantile, 3 II, 30; XLII.
— nella gonorrea; XIV.
— nella gastralgia nervosa dei tisici; LXXXI.
— nella pertosse, 4 I, 266; LXV.
— nell'enterite, 3 II, 17; XLI.
— nell'enterite tubercolare, 3 II, 40; XLII.
— nell'influenza, 1 II, 339.
Bissinosi polmonare, 4 I, 456.
Bizzozero (Cromocitometro di), 2, 506.
— (V. *Piastrine di*).
Blefaroptosi corticale, 6 II, 328.
Blefarospasmo, 6 II, 335, 356.
— isterico, 6 III, 519.
— nella tetania, 6 II, 514.
— pseudoparalitico, 6 III, 519.
Blenorragia, 2, 308; XIII.
— (Associazioni microbiche nella), 2, 309.
— nella donna, 2, 313.
Bocca a punto d'esclamazione, 6 I, 37.
Boldo nelle bronchiti, 4 I, 295, 309; LXVIII.
Bolla, 2, 323.
Bolo isterico, 6 III, 515.
Borace nel mughetto, 3 I, 28.
Borato sodico nelle laringiti; LVIII.
Borsa faringea di Luschka, 3 I, 131.
Bothriomyces, 1 II, 153.
Botriocefalo, 3 II, 140.
— cordato, 3 II, 142.
— cristato, 3 II, 142.
— lato e anemia perniciosa progressiva, 2, 569.
Bottone flebitico, 5 I, 423.
Botulismo, 1 I, 33; 1 II, 36, 479.
Bouillaud (V. *Bruit de rappel di*).
Braccialetto di Nussbaum, 6 III, 650.
— miliare, 2, 204.
Brachicefalia, 6 I, 208.
Bradicardia itterica, 3 II, 261.
— nella steatosi del cuore, 5 I, 96.
Bradifasia nella malinconia, 6 III, 113.
Bradilalia nella malinconia, 6 III, 113.
Braditrofia, 1 I, 227.
Brand (V. *Bagno di*).
Brionia nella pertosse, 4 I, 266.
Brivido nella malaria, 1 II, 397.
— nella peritonite acuta, 3 II, 191.
— nella pleurite, 4 II, 424.
— nella polmonite, 4 II, 322.
— nella risipola, 2, 232.
— nella scarlattina, 2, 50.
— nel tetano, 6 III, 560.
Bromidrosi, 2, 474.
Bromismo, 2, 488; 6 III, 177, 178.
Bromo nell'urina, 2, 488.
Bromoformio nella pertosse, 4 I, 264; LXIII.
Bromuri nei vizi di cuore, 5 I, 230.
— nel cardiopalmo dell'ipertrofia di cuore, 5 I, 80; LXXXVII.
— nel diabete, 1 I, 434; III.
— nel gozzo esoftalmico, 6 II, 476.
— nella bronchite secca, 4 I, 309.
— nella congestione cerebrale, 6 I, 138.
— nella corizza cronica; LV.
— nella gastralgia nervosa dei tisici; LXXXI.
— nella gonorrea; XIII.
— nella laringite; LIX.
— nella mania, 6 III, 105.
— nella meningite; CVI.
— nella morfiomania; XXVII.
— nella paranoia tardiva sistematica, 6 III, 236.
— nella pertosse, 4 I, 265; LXIV.
— nella siringomielite, 6 I, 469.
— nella tisi laringea; LX.
— nella tachicardia, 5 I, 345; XCVII.
— nella tosse dei tisici, 4 II, 255; LXXIX.
— nell'emicrania, 6 III, 625.
— nelle miocarditi croniche, 5 I, 125.
— nell'emottisi dei tisici, 4 II, 257; LXXX.
— nelle nevralgie, 4 I, 37; CVIII.
— nell'epilessia, 6 III, 476; CXIV.
— nell'eretismo cardiaco, 5 I, 204; LXXXIX.
— nell'influenza, 1 II, 338.
— nell'insolazione, 2, 791.
— nello jodismo, 2, 487; XXIII.
— nell'iperestesia faringea, 3 I, 36; XXXI.
— nell'iperestesia laringea; LVII.
— nello spasmo laringeo; LVII.
— nell'uremia, 5 II, 240.
— nel mal di mare, 6 II, 675; CXV.
— nel prurito; XIX.
Bromuro d'etile nella mania; CXI.
— — nell'isterismo; CXIV.
— di litina nella congestione cerebrale; CV.
— di potassio nell'emicrania, 6 III, 625.
Bronchiettasia capillare, 4 I, 348; LXXI.

Bronchiettasia cilindrica, 4 I, 347.
— putrida, 4 I, 343.
Bronchite acuta, 4 I, 298.
— *a frigore*, 4 I, 275; LXVI.
— albuminurica, 4 I, 284, 316.
— ampollare, 4 I, 348.
— a rosario, 4 I, 348.
— asmatica, 4 I, 283, 312.
— capillare, 4 I, 334.
— — epidemica, 4 I, 335.
— — nei tisici, 4 II, 126.
— — nell'influenza, 1 II, 324.
— catarrale cronica di Ferrand, 4 I, 304.
— congestizia cronica di Ferrand, 4 I, 304.
— cronica dei neuroartritici, 4 I, 275.
— da neurosi vasale, 4 I, 282.
— degli agonizzanti, 4 I, 284.
— dei bambini, 4 I, 327.
— dei cardiaci, 4 I, 284, 314.
— dei vecchi, 4 I, 333.
— diabetica, 4 I, 284.
— difterica, 4 I, 322.
— di origine intestinale, 4 I, 327.
— erpetica, 4 I, 302.
— gottosa, 4 I, 283.
— fibrinosa, 4 I, 323.
— infettiva, 4 I, 276, 284.
— malarica, 4 I, 319.
— melinitosa, 4 I, 284.
— nei gobbi, 4 I, 299.
— nella febbre ricorrente, 1 II, 552.
— nella pertosse, 4 I, 275.
— nell'influenza, 4 I, 273.
— nell'intermittente malarica, 4 I, 277, 319.
— del morbillo, 4 I, 275.
— pseudomembranosa, 3 I, 222; 4 I, 319, 324.
— — difterica, 4 I, 275, 319.
— ricorrente, 4 I, 315.
— sacciforme, 4 I, 348.
— tossica, 4 I, 285.
Broncoegofonia, 4 II, 432.
Broncofonia nella tubercolosi, 4 II, 12.
Broncoplegia nell'influenza, 1 II, 324.
Broncopolmonite, 4 II, 362.
— acuta diffusa, 4 II, 386.
— a focolai, 4 II, 388.
— — disseminati, 4 II, 370.
Broncopolmonite a nodi confluenti, 4 II, 370.
— consecutiva al morbillo, 4 II, 379.
— da bacillo del tifo, 1 II, 179.
— da bacillo del Friedländer, 4 II, 393.
— da *bacterium coli commune*, 4 II, 399.
— da *bacillus entheridis*, 4 II, 400.
— della peripolmonite contagiosa vaccinica, 4 II, 398.
— da pneumococco, 4 II, 394.
— da streptococco, 4 II, 392.
— da vaiuolo, 2, 134.
— dei bambini, 4 II, 386.
— dei vecchi, 4 II, 389.
— difterica, 3 I, 180.
— e polmonite, 4 II, 385.
— e tubercolosi, 4 II, 392.
— latente, 4 II, 391.
— lobulare, 4 II, 387.
— morbillosa, 2, 87, 100.
— nella difterite, 4 II, 380.
— nella febbre tifoide, 4 II, 382.
— nella pertosse, 4 I, 254; 4 II, 381.
— nella scarlattina, 4 II, 383.
— nel vaiuolo, 4 II, 381.
— pseudolobare, 4 II, 370.
— sclero-gommosa, 4 I, 478.
— soffocante dei vecchi, 4 II, 389.
— sperimentale, 4 II, 371.
— subacuta, 4 II, 388, 390.
Broncorrea sierosa, 4 I, 377.
Brown-Séquard (Metodo di), 4 II, 252.
Bruit d'airain di Trousseau, 4 II, 119, 518.
— *de rappel* di Bouillaud. V. *Sdoppiamento*.
Bubbone reumatico, 3 II, 34.
— scarlattinoso, 2, 61.
— sifilitico, 2, 271.
— tubercolare. V. *Adenite tubercolare*.
Bubboni nella peste, 1 II, 517.
Buhl (Legge di), 4 II, 182, 186.
Bulbo nella rabbia, 1 II, 79.
Bulimia, 1 I, 441; 3 I, 263.
— nella cirrosi ipertrofica, 3 II, 432.
— nella paralisi generale progressiva, 6 III, 48.
Burro jodurato nel rachitismo; II.
Butilcloralio nelle nevralgie; CIX.
Buxina nella malaria, 1 II, 427.

C

Cabalisti, 6 III, 302.
Cachessia acquosa, 3 II, 157.
— cardiaca, 5 I, 199.
— delle vergini, 2, 534.
— dei rachitici, 4 II, 206.
— dei tumori maligni, 1 I, 258.
— idrocardiaca, 5 I, 297.
— lenta nell'aneurisma aortico, 5 I, 481.
— mercuriale, 2, 659.
— morfinica, 6 III, 186.
— nel cancro del pancreas, 3 I, 434.
— nel cancro dello stomaco, 3 I, 389, 396.
— nella bronchiettasia, 4 I, 357.
— nella pertosse, 4 I, 258.
— pachidermica di Charcot, 1 I, 266; 6 I, 211; 6 II, 444.
— palustre, 1 II, 388, 409.
— — galoppante, 1 II, 409.
— pancreatipriva, 3 I, 428.
— pellagrosa, 2, 767.
— per flusso urinario eccessivo degli antichi, 1 I, 364.
— scorbutica, 2, 609, 617.
— scrofolosa, 1 I, 228.
— sifilitica, 4 II, 206.
— strumipriva, 1 I, 266; 6 II, 444, 525, 530.
Cacosmia, 4 I, 34.
Cactus nei vizi di cuore, 5 I, 206; XCI.
Cadaverica, 1 I, 170.
Caduta dei denti nella tabe, 6 I, 378.
— delle unghie nella tabe, 6 I, 378.
— del piede nelle neuriti periferiche, 6 II, 267.
Caffeina nei vizi di cuore, 5 I, 205; LXXXVI, XC.
— nel colèra, 1 II, 504.
— nel diabete, 1 I, 438.
— nella difterite; XXXIV.
— nella neurastenia; CXIII.
— nella pericardite, LXXXV.
— nella scarlattina, 2, 80.
— nell'astenia cardiaca da nefrite, 5 II, 234.
— nell'emicrania; CXV.
— nelle nevralgie; CVIII.
— nella tifoide, 1 II, 275.
— nell'avvelenamento da oppio, 2, 697; XXVI.
— — da tabacco; XXVII.
— nell'influenza, 1 II, 335.
— nell'insolazione, 2, 792.
— nel vaiuolo, 2, 168.
Caffeismo, 6 III, 176, 178.
Cairina nella tifoide, 1 II, 265.
Calambres nell'idrargirismo, 2, 658.
Calcificazione polmonare, 4 I, 371.
Calcoli biliari, 3 II, 287.
— biliari causa d'appendicite, 3 II, 48.
— — e gravidanza, 3 II, 541.
— — nel diabete, 3 II, 291.
— nello sputo, 4 I, 390.
— polmonari, 4 I, 371, 458.
— renali, 5 II, 112.
— tonsillari, 3 I, 105.
— tubercolari, 4 II, 93.
— urinari, 5 II, 341.
Calicosi polmonare, 4 I, 458.
Calomelano antisettico intestinale? 3 II, 17.
— nella meningite; CVI.
— contro gli ascaridi, 3 II, 152; XLV.
— contra gli ossiuri vermicolari, 3 II, 163; XLVI.
— nei vizi di cuore, 5 I, 206.
— nel colèra, 1 II, 496.
— nella dissenteria, 3 II, 120.
— nella pitiriasi versicolore, 2, 355.
— nella pleurite, 4 II, 452; LXXXIV.
— nella sifilide; XI.
— nella tifoide, 1 II, 267.
— nelle cirrosi epatiche, 3 II, 427; L.
— nell'impetigine, 2, 388; XVIII.
— nell'influenza, 1 II, 337.
— nel prurito; XIX.
— nello pseudo-tifo, 1 II, 540.
Cambiamento d'aria nel diabete, 1 I, 430.
— — nella malaria, 1 II, 427.
— — nell'obesità, 1 I, 353.
— — nella pertosse, 4 I, 267.
— — nello pseudo-tifo, 1 II, 540.
Campi maledetti, 1 II, 18, 25.
Campo di Broca, 6 I, 111, 116.
— visivo nella paralisi generale progressiva, 6 III, 46.
Canape indiana. V. *Cannabis indica*.
Cancro *à cheval*, 4 I, 213.
— acquatico. V. *Noma*.
— a mandorla, del fegato, 3 II, 529.
— colloide, 4 I, 491.
— — dello stomaco, 3 I, 376.
— del cervello, 6 I, 217.

Cancro del fegato, 5 II, 414, 526, 528, 530, 533, 536, 538.
— — con cirrosi, 5 II, 414.
— dell'ampolla di Vater, 5 II, 538.
— della valvola del Bauhin, 5 II, 55.
— dell'esofago, 4 II, 278.
— delle vie biliari, 5 II, 536.
— dell'intestino, 5 II, 70.
— del miocardio, 5 I, 134.
— del pancreas, 5 II, 430.
— del pericardio, 5 I, 10, 70.
— del peritoneo, 5 II, 221, 223, 226.
— del rene, 5 II, 282.
— ematode dello stomaco, 5 I, 376.
— encefaloide dello stomaco, 5 I, 375.
— esofageo, 5 I, 464.
— — anulare, 5 I, 465.
— — insulare, 5 I, 465.
— e tubercolosi, 4 II, 63.
— faringo-laringeo, 4 I, 213.
— latente del rene, 5 II, 282.
— massivo del fegato, 5 II, 529.
— melanotico del fegato, 5 II, 533.
— negli animali, 1 II, 8.
— nodulare del fegato, 5 II, 529.
— primitivo del coledoco, 5 II, 539.
— — del fegato, 5 II, 527, 529.
— secondario del fegato, 5 II, 528, 530.
— — dello stomaco, 5 I, 380.
— — del peritoneo, 5 II, 228.
— vertebrale, 6 I, 478.
— villoso dello stomaco, 5 I, 371, 376.
Canfora nei geloni, 2, 406.
— nella risipola, 2, 251.
— nella scarlattina, 2, 80.
— nella sincope; XCVII.
— nell'edema polmonare, 4 I, 392; LXXII.
— nell'embolismo polmonare, 4 I, 401; LXXIII.
— nell'ulcera molle, 2, 307.
— nel morbillo, 2, 116.
— nel prurito; XVIII.
Cannabina; CX.
Cannabinone; CX.
Cannabis indica nella corea, 6 III, 398.
— — nella gonorrea; XV.
— — nella pertosse, 4 I, 265; LXV.
— — nell'apnea, 4 I, 239; LXI.
— — nell'emicrania, 6 III, 626.
— — nell'isterismo; CXIV.
— — nei disturbi gastrici dei neurastenici; CXIII.
— — nella neurastenia; CXII.
— nell'emicrania; CXV.
Cannabismo, 6 III, 178.
Cannella nella dissenteria, 5 II, 120; XLIII.
Cantani (Asma da idrotionemia del), 5 I, 312.
Cantaridato di potassa nella tisi, 4 II, 218.
— di soda nelle laringiti croniche, LIX.
Cantaride nell'*area Celsi*, 2, 352; XVI.
Cantaridina nella nefrite, 5 II, 235.
Capacità respiratoria, 1 I, 257.
— — dei tisici, 4 II, 37.
— vitale del polmone, 4 I, 433.
Capsico nelle nevralgie; CIX.
Capsule di Günzburg, 5 I, 251.
Capsulite periepatica, 5 II, 375.
Caratteri anormali, 6 III, 257.
— degenerativi, 6 III, 257.
— fisici di degenerazione, 6 III, 257.
Carbonati alcalini nella gotta, 1 I, 476; IV.
— — nella renella dei bambini; II.
— — — ossalica; IV.
— — nell'obesità, 1 I, 353.
— nelle discrasie acide, 1 I, 292.
Carbonato d'ammoniaca nella bronchite; LXX.
— — nella pertosse, 4 I, 266; LXV.
— — nella scarlattina, 2, 80.
— di creosoto nella tisi, 4 II, 225; LXXV.
— di guaiacolo nella tisi, 4 II, 232; LXXV.
Carbonchio, 1 I, 36, 67; 1 II, 10, 3.
— (Bacillo del), 1 I, 5.
— gastro-intestinale, 1 II, 33.
— maligno, 1 II, 10.
— (Microbiologia del), 1 I, 5, 67.
— negli animali, 1 II, 21, 27.
— polmonare, 1 II, 34.
— sintomatico, 1 I, 37, 46; 1 II, 37.
— (Spore del), 1 I, 67.
— (Trasmissione del), 1 II, 18.
— — intraplacentare, 1 II, 45.
— (Vaccinazione del), 1 II, 26.
Carcinoma gastrico, 5 I, 372.
— — congenito, 5 I, 373.
Carcinosi miliare del polmone, 4 I, 491.
Cardatori di lana (Malattia dei), 1 II, 24.
Cardiacalgie, 5 I, 308.
Cardiaci nel gozzo esoftalmico; CIX.
Cardiopalmo nella miliare, 2, 203.
— nelle nefriti croniche, 5 II, 220.
— nell'ipertrofia di cuore, 5 I, 80.
Cardiopatie blenorragiche, 2, 320.
— e gravidanza, 5 I, 200.
— nel reumatismo blenorragico, 2, 318.
Carfologia nel tifo esantematico, 2, 19. V. *Carpologia*.
Carie dentale nelle gravide, 5 I, 299.
Carne carbonchiosa, 1 I, 34.
— cruda e tenie, 5 II, 143.

Carne liquida di Rosenthal-Leube, 3 I, 369.
Carni di animali ammalati di rabbia, 1 II, 78, 80.
— — carbonchiosi, 1 II, 25.
— — tubercolotici, 1 I, 35; 1 II, 110, 117; 3 II, 33; 4 II, 22, 265.
Carnificazione polmonale, 4 I, 441.
Carnizzazione, 4 II, 367, 447, 475.
Carpologia nel delirio acuto, 6 III, 162.
Carrefour sensitif di Charcot, 6 I, 174.
Carta nitrata nell'asma, 4 I, 239.
Cartilagine rachitica, 1 I, 294.
Cascara sagrada nella stitichezza delle clorotiche, 2, 555.
Caseificazione, 1 II, 129.
Caseina nell'urina, 5 II, 52.
Caserme e tubercolosi, 4 II, 34.
Castrazione nell'osteomalacia, 1 I, 320.
Catalessi parziale nell'isterismo, 6 III, 504.
Cataratta diabetica, 1 I, 375, 392.
Catarro cronico della tonsilla faringea, 3 I, 127.
— — nasofaringeo, 3 I, 127.
— epidemico, 1 II, 293.
— febbrile, 1 II, 293.
— follicolare dell'esofago, 3 I, 439.
— gastro-intestinale coleriforme. V. *Colèra infantile.*
— litogeno, 1 I, 357; 5 II, 341.
— mucoso di Laënnec, 4 I, 304.
— naso-faringeo acuto, 3 I, 63.
— naso-faringeo da jodo e bromo, 2, 488.
— oculo-nasale nel morbillo, 2, 75, 90.
— pituitoso, 4 I, 294, 304.
— secco di Laënnec, 4 I, 304.
— soffocante, 4 I, 274, 328, 333.
— spiroide, 4 I, 225, 238.
Catatonia di Kahlbaum, 6 III, 139, 148, 353.
Catrame nella bronchite cronica; LXX.
— nella tricofizia; XVI.
— nel prurito; XIX.
Caustico carbosolforico di Ricord, 2, 306.
Cauterizzazione della mucosa nasale nel morbo di Basedow, 6 II, 477.
Caverna antracosica, 4 I, 462.
— cancerosa, 4 I, 494; 4 II, 170.
— di guarigione, 4 II, 91, 93.
— gangliare, 4 II, 275.
— gangrenosa, 4 II, 170.
— ghiandolare, 4 II, 171.
— gommosa, 4 I, 478.
— idatidea, 4 II, 170.
— in riposo, 4 II, 91.
— lobulare, 4 II, 87.
— multiloculare, 4 II, 88.
— sifilitica, 4 II, 170.
Caverna tubercolare, 4 II, 81, 87, 88, 90, 91.
— — (Cangrena della), 4 I, 406.
Cazin-Roussel (Corpi di), 4 II, 16.
Cecità corticale, 6 I, 93, 96.
— letterale, 6 I, 106.
— morale, 6 III, 286.
— psichica, 6 I, 97.
— — delle parole, 6 I, 108.
— verbale, 6 I, 21, 23, 100, 104, 107.
Cefalalgia degli adolescenti, 6 III, 623.
— del dengue, 1 II, 343.
— isterica, 6 III, 524.
— nei tumori cerebellari, 6 I, 242.
— — cerebrali, 6 I, 220, 223.
— nella meningite, 6 II, 16, 37, 48.
— nella miliare, 2, 203.
— nella nefrite cronica, 5 II, 220.
— nella neurastenia, 6 III, 442.
— nella sifilide, 2, 276.
— nell'encefalite acuta, 6 I, 185.
— nell'influenza, 1 II, 338.
— nel tifo esantematico, 2, 18.
— nel vaiuolo 2, 140.
— neurastenica, 1 I, 387.
— sifilitica 6 II, 91.
— uremica, 5 II, 84.
Celletta a canaletto (*à rigole*) di Hayem, 2, 496.
Cellula adiposa, 1 I, 326.
— gigante, 1 II, 124; 4 II, 72.
Cellule cardiache, 4 I, 389.
— di Drysdale, 3 II, 174.
— di Garrigues, 3 II, 174.
— di Ziegler, 1 I, 82, 189.
— eosinofile di Ehrlich, 4 I, 225, 312.
— epitelioidi, 1 II, 128; 4 II, 72.
— fibroplastiche di Robin, 2, 273.
— giganti nel lupus, 2, 368.
— linfoidi, 4 II, 72.
— xantelasmiche, 2, 464.
Cellulite peritendinosa del tendine d'Achille, 6 II, 497.
Cenciaiuoli (Malattia dei), 1 II, 24.
Cenestesi, 6 III, 110.
— nella confusione mentale, 6 III, 144.
— nella mania, 6 III, 93, 94.
Centri funzionali del cervello, 6 I, 4.
— nervosi nella rabbia, 1 I, 82.
— psicomotori, 6 I, 11.
— sfinterici, 6 I, 27.
— termici, 6 I, 26.
— tonici di Huinzinga, 6 II, 493, 508.
Centro adattato o di opportunità, 6 I, 12.
— anovescicale, 6 I, 491.
— del linguaggio, 6 I, 22.

Centro dell'intelligenza, **6** I, 24.
— di Broca, **6** I, 111, 115.
— d'ideazione, **6** I, 9.
— gustativo, **6** I, 20.
— laringeo corticale, **4** I, 105.
— motore dell'articolazione delle parole, **6** I, 24.
— olfattivo, **6** I, 20.
— predestinato o di necessità, **6** I, 12.
— statico; **6** III, 670.
— uditivo, **6** I, 20.
— — verbale, **6** I, 24.
— visivo verbale, **6** I, 23.
Cercomonas, **4** I, 513; **4** 2, 404.
— *globulus*, **2**, 568.
— *navicula*, **2**, 568.
— *intestinalis*, **5** II, 131.
Cerebrastenia, **6** III, 13, 450.
Cerebroma, **6** I, 214.
Cerebropatia psichica tossiemica, **6** II, 213.
Cerebrotifo, **6** II, 15.
Cervello nel colèra, **1** II, 463.
— nella paralisi generale progressiva, **6** 3, 16.
Chantemesse e Vidal (V. *Bacillo di*).
Charcot (*Ictus* laringeo di), **4** I, 137, 176, 228.
Charcot-Leyden (Cristalli di), **4** I, 225, 238, 312.
Charcot-Marie (Atrofia muscolare di), **6** II, 421.
Chaulmoogra nelle nevriti; CVII.
Cheiropomfolice, **2**, 475.
Cheloide bianco di Addison, **2**, 460.
Chemiotassi, **1** I, 82, 167, 187, 198.
Chemosi, **6** I, 49.
Cheratocongiuntivite flittenulare morbillosa, **2**, 103.
Cheratoma generalizzato, **2**, 395.
Cheratosi della mucosa boccale, **5** I, 31.
— pilare, **2**, 392.
Cheyne-Stokes (Respirazione di), **4** I, 366. Vedi *Respirazione*.
Chiazze bluastre da piattole, **2**, 332.
Chimismo gastrico nel cancro dello stomaco, **5** I, 394-396.
China-china nella malaria, **1** II, 427.
Chinina e gravidanza, **1** II, 417.
— nel dengue, **1** II, 349.
— nel diabete, **1** I, 434; III.
— nella bronchite, **4** I, 301; LXIX.
— — dei bambini, **4** I, 330.
— nella difterite, **5** I, 213.
— nella febbre ricorrente, **1** II, 556.
— nella gonorrea; **2**, 312; XIV.
— nella gotta, **1** I, 474.
— nella malaria, **1** II, 422; VI.
— nella miliare, **2**, 211.
Chinina nella nevralgia facciale intermittente, **6** II, 389.
— nell'anoressia dei tisici, **4** II, 260; LXXXI.
— nella pertosse, **4** I, 264; LXII.
— nella polmonite, **4** II, 347.
— nella porpora reumatoide, **2**, 413.
— nella scarlattina, **2**, 78.
— nella tachicardia, **5** I, 345; XCIII.
— nella tifoide, **1** II, 265, 267, 276; V.
— nell'emottisi dei tisici; LXXIX.
— nell'eritema polimorfo, **2**, 405.
— nell'influenza, **1** II, 335.
— nell'insolazione, **2**, 790.
— nelle nevralgie nasali, **4** I, 37.
— nelle neuriti malariche, **6** II, 284.
— nel lupus, **2**, 370.
— nel morbo di Menière, **6** III, 548.
— nello pseudotifo, **1** II, 540.
— nel reumatismo articolare acuto, **5** II, 45; C.
— preventivo nella malaria, **1** II, 421.
Chiodo isterico, **6** 3, 129.
— tisico, **4** 2, 103.
Chiragra, **1** I, 452.
Chiromegalia, **6** I, 458.
— siringomielica, **6** I, 467.
Chirurgia degli ascessi epatici, **5** 2, 372.
— della tubercolosi renale, **5** 2, 270.
— delle idatidi del fegato, **5** II, 521, 526.
— epatica, **5** 2, 311.
— negli ascessi cerebellari, **6** I, 249, 252.
— nei tumori cerebellari, **6** I, 248.
— nei tumori cerebrali, **6** I, 229.
— nel cancro dello stomaco, **5** I, 400.
— nell'appendicite, **5** II, 55.
— nell'aneurisma aortico, **5** I, 487.
— nell'ascesso cerebrale, **6** I, 188.
— nella litiasi renale, **5** II, 368.
— nella paralisi generale progressiva, **6** III, 66.
— nella peritonite tubercolare, **5** II, 224.
— nella sciatica, **6** II, 383.
— nella tubercolosi, **4** II, 239.
— nell'emorragia cerebrale, **6** I, 179.
— nelle nevralgie, **6** II, 372, 383, 389.
— nell'idiozia, **6** I, 212.
— nel gozzo esoftalmico, **6** II, 477.
Choc. V. *Shock*.
Cholera nostras, **1** II, 504.
Chlorodyne, **1** II, 502.
Cianodermia, **5** I, 284.
Cianoficee, **1** I, 14.
Cianosi, **5** I, 280.
— nella stenosi polmonare, **5** I, 258.
— regionaria (Weiss), **6** II, 503.
Cicatrice apoplettica, **6** I, 162.

Cicatrice dell'ulcera molle, 2, 302.
— fibrosa nel polmone, 4 I, 404.
— pigmentata dopo il sifiloma, 2, 271.
— policiclica nella sifilide, 2, 294.
Ciclotimia, 6 III, 191.
Cifosi cervicodorsale nell'acromegalia, 6 II, 432.
— cervicale, 6 II, 313.
— dorsocervicale, 6 II, 313.
— e lordosi nella siringomielite, 6 I, 459.
Cilindri di König, 6 3, 551.
Cinesiterapia nelle neuriti, 6 II, 287.
Cinetosi, 6 III, 667.
Circolazione complementare, 5 I, 360.
Cirrosi alcoolica, 2, 686.
— — venosa, 3 II, 402. V. *Cirrosi di Laënnec.*
— — volgare, 3 II, 424.
— arteriosclerotica, 3 II, 398.
— atrofica, 3 II, 277.
— — dei bevitori. V. *Cirrosi di Laënnec.*
— — estralobulare, 3 II, 407.
— biliare calcolosa, 3 II, 429.
— — ipertrofica di Hanot, 3 II, 399, 424.
— — parassitaria del fegato, 3 II, 443.
— — sperimentale, 3 2, 445.
— — bivenosa, 3 II, 408.
— calcolosa, 3 II, 444.
— capsulare, 3 II, 399.
— cardiaca, 3 II, 398.
— — a forma aneurismatica, 5 I, 128.
— — sopraepatica, 3 II, 355.
— cerebellare, 6 I, 255.
— del pancreas, 3 I, 421.
— del polmone, 4 I, 361.
— di Laënnec, 2, 686; 3 II, 388, 402.
— distrofica, 3 II, 398.
— enucleante, 3 II, 404.
— epatica, 3 II, 387, 429.
— — cardiaca, 3 II, 352; XLIX.
— — da piombo, 3 II, 397.
— — gottosa, 3 II, 397.
— — malarica, 1 II, 392.
— — sperimentale, 3 II, 390.
— — volgare o di Laënnec, 2, 686.
— flaccida, 3 II, 411.
— ipertrofica del fegato, 3, II, 389,429.
— — grassa, 3 II, 484.
— — — nei tubercolosi, 3 II, 435, 482.
— — pigmentaria del fegato, 1 I, 372.
— — — nel diabete mellito, 3 II, 459.
— mista, 3 II, 393.
— monolobulare, 3 II, 405.
— multilobulare, 3 II, 405.
— pigmentaria da malaria, 3 II, 450.
— — del fegato, 3 II, 449.
Cirrosi pigmentaria del pancreas, 1 I, 373.
— porto-biliare, 3 II, 485.
— sopraepatica, 3 II, 486.
— — pura, 3 II, 412.
— tossica, 3 II, 397.
— tubercolare, 3 II, 222.
— vascolare sanguigna, 3 II, 395.
Cirtometria, 4 II, 426.
Cirtometro di Woillez, 4 I, 434.
Cisti apoplettica, 6 I, 162.
Cisticerchi, 3 II, 136.
Cisticerco cerebrale, 6 I, 217.
— del cuore, 5 I, 137.
Cisticercus cellulosae, 4 I, 513.
Cisti cerebrali, 6 I, 218.
— d'echinococco del fegato suppurata, 3 II, 515; L.
— — sterile, 3 II, 506.
— del pancreas, 3 I, 418, 425.
— idatide del fegato, 3 II, 504.
— — alveolare del fegato, 3 II, 526.
— — del fegato dolorosa, 3 II, 515.
— — del miocardio, 5 I, 137.
— — del rene, 5 II, 323.
— — polmonali, 4 I, 515.
— pseudopleurica, 4 II, 417.
Cistite acuta, 5 II, 107.
— del collo, 2, 313.
Citisina nell'emicrania, 6 III, 626.
Citofagia nei leucociti normali, 2, 579.
Citometro, 2, 503.
Clado e Albarran (V. *Batterio piogene di*).
Cladothrix, 1 I, 9.
Clastomania, 6 III, 328.
Claudicazione intermittente del cuore (Potain), 5 I, 403.
— — del miocardio, 5 I, 315.
— — di Charcot, 1 I, 390; 5 I, 359, 393, 402; 6 I, 131; 6 II, 174, 489, 490.
— — di Erb, 6 I, 289; 6 II, 491.
— — di Roth, 6 II, 488.
— — ischemica, 5 I, 359.
— renale intermittente, 5 II, 189.
Claustrofobia, 6 III, 320, 451.
Cleidagra, 1 I, 452.
Cleptomania, 6 III, 326.
Climaterio dei bevitori, 6 III, 180.
Climatoterapia, 1 I, 284.
— nella tisi, 4 II, 245.
Climi e malattie, 1 I, 50.
— e tubercolosi, 4 II, 35, 245.
Clistere elettrico, 3 II, 45.
Clisteri creosotati nella tisi, 4 II, 225, 261; LXXV.
— d'acqua nel colèra, 1 II, 497.

Clisteri freddi contro gli ossiuri, 3 II, 163; XLVI.
— freddi nelle emorroidi, 3 II, 69.
— gassosi di Bergéon, 4 I, 440.
Clitrofobia, 6 III, 320.
Cloasma, 2, 398.
Cloasmi dei tisici, 4 II, 147.
Clono del piede, 6 I, 40.
— — nella pellagra, 6 I, 313.
Cloralamide; CXI.
Cloralio nel colèra europeo, 1 II, 506.
— nel dengue, 1 II, 349.
— nella corea; CXII.
— nella difterite, 3 I, 217.
— nella febbre ricorrente; VII.
— nella gotta, 1 I, 474.
— nella morfiomania; XXVII.
— nell'*angina pectoris;* XCV.
— nella pertosse, 4 I, 265; LXIV.
— nella rabbia, 1 II, 101.
— nella scarlattina, 2, 80; IX.
— nella tetania; CIX.
— nella tifoide, 1 II, 269.
— nello spasmo laringeo; LVII.
— nell'uremia, 5 II, 240.
— nel morbillo, 2, 115.
— nel prurito, 2, 418; XVIII.
— nel tetano, 6 III, 604; CXV.
Cloralismo, 6 III, 178.
Cloralosio; CXI.
— nelle nevriti; CVII.
Clorato potassico nell'angina scarlattinosa; IX.
— — nella stomatite aftosa, 3 I, 17.
— — — mercuriale; XIII.
— — nello scorbuto, 2, 619; XXV.
— — nell'ozena; LVI.
Clorfenol nella tisi, 4 II, 240; LXXV.
— — laringea; LX.
Cloridrato d'ammoniaca nella bronchite, 4 I, 301; LXX.
— — nell'influenza, 1 II, 335.
Cloroanemia, 2, 539.
— dispeptica, 2, 543, 550.
— postemorragica, 2, 550.
— sifilitica, 2, 550.
— tubercolare, 2, 550, 553.
— — iniziale, 4 II, 259.
Clorociti di Hayem, 2, 522.
Cloroformio nei vomiti del morbo d'Addison, 5 II, 392; CIII.
— nella febbre ricorrente, 1 II, 557.
— nella gastrite cronica; XXXV.
— nella gotta, 1 I, 474.
— nell'*angina pectoris*, 5 I, 326.
— nella pertosse, 4 I, 264, 266; LXV.
Cloroformio nella tetania; CIX.
— nella tifoide, 1 II, 282.
— nella tosse dei tisici, 4 II, 255; LXXVIII.
— nell'avvelenamento da funghi, XXVII.
— nelle nevralgie; CVIII.
— nell'isterismo; CXIV.
— nello spasmo frenoglottico dei lattanti, 4 I, 135.
— nell'uremia, 5 II, 240.
Cloroformizzazione nello spasmo laringeo, 4 I, 129.
Clorosi, 2, 534; XXIV.
— costituzionale, 2, 548.
— degli adolescenti, 2, 539.
— dei giganti, 1 I, 334.
— delle bambine, 2, 539.
— delle gravide, 2, 539.
— delle vergini, 2, 539.
— estrema, 2, 547.
— e tubercolosi, 4 II, 67.
— febbrile, 2, 542.
— florida, 2, 540.
— intensa, 2, 547.
— lieve, 2, 547.
— media, 2, 547.
— menorragia, 2, 539, 543.
— per amore, 2, 539
— puerperale, 2, 567.
— (Teorie della), 2, 534-7.
— tardiva, 2, 539.
— tropicale, 3 II, 157.
— verginale, 2, 539.
— volgare, 2, 540.
Cloruro d'ammonio nella bronchite cronica, 4 I, 309; LXXI.
— — nelle congestioni polmonari, 4 I, 392; LXXIII.
— — nella laringite; LVIII.
— di ferro nell'avvelenamento da arsenico; XXVI.
— di sodio nelle laringiti; LVIII.
— di zinco nella tubercolosi cutanea, XVII.
— d'oro nella tabe, 6 I, 416.
— — e sodio nell'isterismo; CXIV.
Clownismo nell'isterismo, 6 III, 512.
Coagulazione del sangue, 5 I, 350, 356.
Coaguli attivi negli aneurismi, 5 I, 458.
— fibrinosi nelle cavità cardiache, 5 I, 458.
— passivi negli aneurismi, 5 I, 458.
— sanguigni nelle cavità cardiache, 5 I, 189.
Coagulo da sbattimento, 5 I, 355, 423.
— da stasi, 5 I, 355, 423.
Coaltar nella difterite, 3 I, 216; XXXIII.
— nel morbillo, 2, 115.

Coca nella neurastenia; CXIII.
Cocaina nella corizza; LIV.
— nella pertosse, **4** I, 266; LXV.
— nella risipola; X.
— nell'epistassi, **4** I, 25; LIII.
— nell'iperemia delle fosse nasali, **4** I, 9; LIII.
— nelle nevralgie; CVIII.
— nello spasmo laringeo, **4** I, 129.
— nel mal di mare, **6** III, 675; CXV.
Cocainismo, **2**, 705; **6** III, 178, 187.
Cocainomania, **6** III, 187.
Coccidii, **1** I, 19, 32, 80; **1**, II, 8.
— negli epiteliomi, **1** I, 80.
Coccidiosi del coniglio, **1** II, 8.
— del pollame, **1** II, 8.
Coccidium oviforme, **1** I, 19; **2**, 8.
— *tenellum*, **1** II, 8.
Coccobatterii settici di Billroth, **1** I, 16.
Coda dei fauni, **6** III, 260.
Codeina nel diabete, **1** I, 432.
— nella bronchite capillare, **4** I, 339; LXXI.
— nelle laringiti, **4** I, 152; LVIII.
— nelle nevriti; CVII.
— nello spasmo laringeo; LVII.
Coefficiente di divisione di Berthelot e Jungfleisch, **5** I, 250.
— di ossidazione, **1** I, 255.
— urotossico nel tifo, **1** II, 266.
Coesistenza delle febbri eruttive, **2**, 41.
Cohn (Metodo di), **1** I, 5.
Coito e tubercolosi, **4** II, 26, 264.
Colagoghi, **5** II, 251.
— escretori, **5** II, 251.
— fluidificanti, **5** II, 251.
— secretori, **5** II, 251.
Colchico nella gotta, **1** I, 475, 478; IV.
Colecistectomia, **5** II, 312.
Colecistenterotomia, **5** II, 312.
Colecistite, **5** II, 285.
Colecistotomia, **5** II, 288, 312.
Colelitiasi colica, **5** II, 292.
— dispeptica, **5** II, 292.
— gastralgica, **5** II, 292.
— parossistica, **5** II, 292.
Colemia, **2**, 533.
Colèra asiatico, **1** II, 432; VI.
— endemico, **1** II, 433.
— congenito, **1** I, 40.
— cronico, **1** II, 469.
— da squilla, **1** II, 479.
— e gravidanza, **1** II, 477.
— europeo, **1** II, 504.
— fulminante, **1** II, 473, 476.
— infantile, **1** II, 478; **5** II, 21; XLII.
Colèra infantile a forma lenta, **5** II, 25.
— (Microbiologia del), **1** II, 444.
— secco, **1** II, 476.
— stibiato, **1** II, 479.
— (Trasmissione del), **1** II, 442.
— — per le feci, **1** II, 443.
— — per l'acqua, **1** II, 443.
— — per le mosche, **1** II, 452.
Colerina, **1** II, 465.
Colesterina nei calcoli biliari, **5** II, 288.
Colica appendicolare, **5** II, 49.
— biliare. V. *Colica epatica*.
— catarrale, **5** II, 54.
— da saturnismo, **2**, 634; **5** II, 195.
— del Devonshire, **2**, 634.
— del Poitou, **2**, 631, 634.
— epatica, **1** I, 357; **5** II, 54, 196, 292; **4** I, 384.
— mucosa, **5** II, 17.
— nefritica, **5** II, 54, 196; **5** II, 344, 349, 368.
— secca, **2**, 634.
Coliche nella dissenteria, **5** II, 107.
— vescicali nella tabe, **6** I, 394.
Colina, **1** I, 170.
Colite difterica, **5** II, 36.
Collaretto di Biett, **2**, 277.
Collasso algido nel tifo esantematico, **2**, 20.
— atelettasico, **4** I, 398.
— cardiaco, **1** I, 403.
— — nel vaiuolo, **2**, 147.
— diastolico delle vene del collo, **5** I, 55.
— negli orecchioni, **2**, 217.
— nel colèra, **1** II, 466, 496.
— — infantile, **5** II, 23.
— nel delirio acuto, **6** III, 162.
— nel fosforismo acuto, **2**, 673.
— nella mania, **6** III, 103.
— nella puntura di cisti idatidee del fegato, **5**, II, 523.
— polmonare, **4** I, 336; **4** II, 369.
— sistolico delle giugulari, **5** I, 55.
Collezionismo nelle alienazioni mentali, **6** III, 199.
Collezionisti, **6** III, 302.
Collidina, **1** I, 170.
Collo proconsolare, **5** I, 188.
Collutori, **5** I, 14; IX, XXIX, XXX, XXXI.
— nelle angine, **5** I, 53.
Colombo nel colèra, VI.
Colotifo, **1** II, 220.
Colpo apoplettiforme, **6** III, 464.
— di calore, **1** I, 279; **2**, 777; **4** I, 382, 392; **6** I, 134.
— di freddo, **4** I, 372, 382.

Colpo di luce elettrica, 2, 399.
— di sangue, 6 I, 135.
— — polmonare, 4 I, 374, 382, 392, 417.
— di sole, 1 II, 404; 2, 399, 777.
— — cutaneo, 2, 781.
— — e mania, 6 III, 86.
Colture microbiche, 1 I, 214.
— (Invecchiamento delle), 1 I, 211.
Coma acetonemico, 1 I, 402.
— canceroso, 4 I, 501.
— diabetico, 1 I, 402; 5 II, 196.
— — a forma alcoolica, 1 I, 405.
— — — vertiginosa di Jaccoud, 1 I, 404.
— dispeptico, 6 II, 523.
— fulminante nell'arterite sifilitica, 5 I, 380.
— nel fosforismo acuto, 2, 673.
— nella malaria, 1 II, 404.
— nella meningite, 6 II, 19, 42, 48.
— nella pertosse, 4 I, 256.
— nella polmonite malarica, 1 II, 419.
— nell'apoplessia cerebrale, 6 I, 37.
— nell'avvelenamento da ossido di carbonio, 2, 718.
— nell'emorragia meningea, 6 II, 67.
— nell'ileo-tifo, 1 II, 260.
— nell'influenza, 1 II, 322.
— nel vaiuolo, 2, 147.
— oppiaceo, 2, 696.
— pseudoparalitico nel polso raro permanente, 6 III, 556.
— reumatico, 5 II, 29.
— vigile nell'asistolia, 5 I, 299.
Commozione del midollo, 6 I, 503.
Compenso nelle cardiopatie, 5 I, 198, 246.
Complicazioni del dengue, 1 II, 345.
— del morbillo, 2, 98.
— del sifiloma, 2, 272.
— negli orecchioni, 2, 217.
— nel tifo, 1 II, 230, 235.
Compressione acuta del midollo, 6 I, 501.
— dei nervi nell'aneurisma aortico, 5, I, 472.
— delle carotidi nell'uremia, 5 II, 239.
— dell'esofago nell'aneurisma aortico, 5 I, 472.
— del midollo, 6 I, 473-447.
— da tumori intraspinali, 6 I, 474.
— — meningei, 6 I, 475.
— — extrameningei, 6 I, 475.
— da lesioni vertebrali, 6 I, 478.
— del torace nell'enfisema, 4 I, 440.
— unilaterale del midollo. V. *Sindrome di Brown-Séquard.*
Concetti deliranti nella mania, 6 III, 92.
Condiloma piatto, 2, 279.
Condriti laringee, 4 I, 142.
Condurango nel cancro dello stomaco, 3 I, 400.
— nelle gastriti croniche, 3 I, 333; XXXIX.
Confusione mentale, 6 III, 101, 129, 139, 145.
Congestione, 1 I, 94.
— attiva del fegato, 3 II, 345.
— cerebrale, 6 I, 132, 135; CV.
— — nel delirio acuto, 6 III, 168.
— *ex vacuo*, 1 I, 95.
— paralitica del cervello, 6 I, 143.
— parossistica del polmone, 4 I, 375, 387.
— pleuropolmonare, 4 I, 385.
— polmonare, 4 I, 377, 387; LXXII.
— — *ex vacuo*, 4 I, 377.
— — isterica, 6 III, 527.
— — nell'influenza, 1 II, 324.
— — nel tifo esantematico, 2, 20.
— renale, 5 II, 137, 140.
Congiuntivite blenorragica, 2, 309, 320.
— morbillosa, 2, 103.
Consanguineità nei matrimoni, 6 III, 255.
Conservazione del vaccino, 2, 190.
Contagio, 1 I, 32, 216.
— morale, 6 III, 294.
— negli orecchioni, 2, 212.
— nel carbonchio, 1 II, 18, 24.
— nel colèra, 1 II, 442.
— nel dengue, 1 II, 347.
— nella febbre ricorrente, 1 II, 547.
— nella febbre tifoide, 1 II, 204.
— nella morva, 1 II, 53.
— nella pertosse, 4, I, 218.
— nella rabbia, 1 II, 74.
— nella risipola, 2, 226.
— nella scarlattina, 2, 43.
— nella sifilide, 2, 265.
— nella tubercolosi, 1 II, 117; 4 II, 7 e *passim*.
— nell'influenza, 1 II, 305.
— nel morbillo, 2, 85.
— nel tifo esantematico, 2, 6.
— nel vaiuolo, 2, 129.
— psichico, 6 III, 295.
Contaglobuli Thoma-Zeiss, 2, 506.
Contrattura del diaframma, 6 II, 358.
— del facciale, 6 II, 355.
— del pellicciaio, 6 II, 357.
— essenziale, 6 II, 509.
— generalizzata infantile, 6 I, 201.
— isterica, 6 III, 518, 534, 536.
— latente nell'emiplegia, 6 I, 38.
— muscolare, 6 II, 354.
— nell'emiplegia, 6 I, 38.
— nella tetania, 6 II, 514.
— nelle meningiti, 6 II, 17, 39, 43, 48, 77.

Contrattura nelle neuriti, 6 2, 202.
— nel saturnismo, 2, 640.
— paraplegica infantile, 6 I, 201.
— precoce nell'emiplegia, 6 I, 36.
Contratture; CV.
Contrazioni fibrillari nelle atrofie muscolari da neurite, 6 II, 197.
Controindicazioni del bagno freddo, 1 II, 271.
— nel diabete, 1 I, 425.
— nella tifoide, 1 II, 271.
Convalescenza (Flegmasia in), 4 I, 395.
— nel colèra, 1 II, 476.
— nella miliare, 2, 207.
— nella scarlattina, 2, 53, 80.
— nell'ileo-tifo, 1 II, 230.
— nell'influenza, 1 II, 330.
Convallaria nei vizi di cuore, 5 I, 205.
— nell'endocardite, 5 I, 184; LXXXVIII.
— nelle nefriti, 5 II, 235.
Conventi e tubercolosi, 4 II, 34.
Convulsioni, 1 I, 101.
— cloniche, 6 II, 355.
— epilettiformi generalizzate nella compressione del midollo, 6 I, 489.
— epilettiformi nella tetania, 6 II, 521.
— essenziali. V. *Eclampia infantile.*
— interne, 4 I, 132, 228; 6 I, 77.
— nei tumori cerebrali, 6 I, 220, 223.
— nel cocainismo acuto, 2, 707.
— nella colica epatica, 5 II, 295.
— nella pertosse, 4 I, 256.
— nelle meningiti, 6 II, 18, 24, 39, 48, 76.
— nell'idrargirismo, 2, 658.
— nel morbillo, 2, 91, 105.
— nel saturnismo, 2, 640.
— tetaniformi, 6 II, 68.
— uremiche nel tifo esantematico, 2, 21.
Copaibe nella bronchite cronica, 4 I, 308; LXX.
— nella gonorrea; XIII.
Copparosa. V. *Acne rosacea.*
Coppia criminale, 6 III, 294.
Coprofagia nei malinconici, 6 III, 117.
Coprolalia, 6 III, 325.
Corallina contro gli ascaridi, 5 II, 152; XLVI.
Corda blenorragica, 2, 310.
Cordite granulosa, 4 I, 164.
— tuberosa di Turk, 1 I, 162.
Corea; CXII.
— aritmica, 6 III, 523.
— — isterica, 6 III, 394.
— congenita, 6 III, 371.
— cronica, 6 III, 367, 406.
— — progressiva, 6 III, 405.
— dei bambini, 6 III, 368.
Corea dei lattanti, 6 III, 405.
— dei vecchi, 6 III, 406.
— del cane, 6 III, 377.
— del cuore, 6 III, 389.
— del Dubini, 6 III, 423.
— delle gestanti, 6 III, 367.
— delle gravide, 6 III, 403.
— del Sydenham, 6 I, 68, 351, 419, 424; 6 III, 368.
— di Bergeron, 6 III, 368.
— di Huntington, 6 III, 367, 406.
— elettrica di Hénoch-Bergeron, 6 III, 367, 413, 419, 421.
— ereditaria, 6 III, 367, 406.
— essenziale, 6 III, 367.
— fibrillare di Morvan, 6 III, 414, 422, 367.
— generalizzata, 6 III, 400.
— gesticolatoria, 6 III, 367.
— infantile, 6 III, 368.
— isterica, 6 I, 351; 6 III, 413; 5 I, 522.
— laringea, 4 II, 137.
— localizzata, 6 III, 400.
— minore o volgare, 6 III, 368.
— molle, 6 III, 368, 398.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 32.
— paralitica, 6 III, 398.
— passeggera, 6 III, 400.
— prolungata, 6 III, 400.
— ritmica, 6 III, 395, 413, 522.
— — malleatoria, 6 III, 523.
— — natatoria, 6 III, 523.
— — saltatoria, 6 III, 523.
— sintomatica, 6 III, 367, 395.
Corizza acuta, 4 II, 42; LIII.
— arsenicale, 2, 669.
— cronica, 4 I, 52; LIV.
— difterica, 3 I, 190.
— nell'influenza, 1 II, 323.
— sifilitica, 2, 291.
Cornage, 4 I, 365, 367, 369, 437, 470; 4 II, 281, 284, 287.
— nell'aneurisma aortico, 5 I, 471, 484, 478.
— nella tabe, 6 I, 391.
Cornutina nella neurastenia genitale; CXIII.
Corona Veneris, 2, 278.
Corpi a rosetta. V. *Ematozoario di Laveran.*
— a semiluna. V. *Ematozoario di Laveran.*
— a sfera. V. *Ematozoario di Laveran.*
— di Cazin-Roussel, 4 II, 16.
— di Glüge, 3 II, 174.
— estranei causa d'appendiciti, 3 II, 48.
— — intra-articolari, 1 I, 484.
— — nell'intestino, 3 II, 9, 48.
— flagellati del sangue di malarici, 1 II, 364.

Corpi granulosi nei gliosarcomi, 6 I, 214.
— granulosi nel rammollimento cerebrale, 6 I, 142.
— liberi nel pericardio, 5 I, 71.
— segmentati. V. *Ematozoario*.
Corpuscoli della corea, 6 III, 379.
— di Cornalia, 1 II, 122.
Corpuscolo del mollusco, 2, 466.
Corteccia di granato nell'elmintiasi, 3 II, 148; XLV.
Coscienza nella demenza, 6 III, 240.
Costipazione e gravidanza, 3 II, 128.
— intermittente, 1 II, 409.
— nella peritonite acuta, 3 II, 193.
— nel tifo petecchiale, 2, 17.
— nel vaiuolo, 2, 140.
Costituzione, 4 I, 278, 331; 6 II, 374; 1 I, 224.
— medica, 3 I, 203.
— nelle malattie di cuore, 5 I, 75.
— paranoica, 6 III, 275.
Costrizione retrosternale nell'aortite, 5 I, 434.
Cotoina nella diarrea dei tisici; LXXXII.
Courbature, 3 I, 312.
Coxalgia isterica, 6 III, 521.
Cow-Pox, 1 II, 6; 2, 32, 179.
Crampi gastrici, 3 I, 265.
— intermittenti, 1 II, 409.
— muscolari nel colèra, 1 II, 465.
— nell'alcoolismo, 6 III, 182.
— nella sciatica, 6 II, 378.
— nelle nefriti croniche, 5 II, 221.
— nelle neuriti, 6 II, 202.
— nel reumatismo cronico progressivo, 1 I, 487.
— nel saturnismo, 2, 640.
— nel tetano, 6 III, 562.
Crampi professionali, 6 III, 641.
Crampo del diaframma nel tetano, 6 III, 562.
— degli scrivani, 6 III, 641.
— dei ballerini, 6 III, 646.
— dei barbieri, 6 III, 646.
— dei pianisti, 6 III, 645.
— dei sarti, 6 III, 646.
— dei segatori, 6 III, 646.
— dei telegrafisti, 6 III, 646.
— dei tessitori, 6 III, 646.
— dei violinisti, 6 III, 645.
— delle cucitrici, 6 III, 646.
— delle mungitrici, 6 III, 646.
— delle sigaraie, 6 III, 646.
Cranio carenato, 6 I, 196.
— natiforme di Parrot nella sifilide, 2, 290, 293.
Craniotomia esplorativa, 6 I, 229.
Creatinemia, 5 II, 100.
Cremnofobia, 6 III, 320.
Cremortartaro nella stitichezza delle clorotiche, 2, 555.
Creolina contro il morbillo, 2, 115.
— nella risipola; XI.
— nell'influenza, 1 II, 337.
Creosoti, 4 II, 223.
Creosoto disinfettante intestinale; I.
— nel colèra europeo, 1 II, 506.
— nella tisi laringea, 4 I, 216; LX.
— nella tosse gastrica dei tisici, 4 II, 260.
— nella tubercolosi, 4 II, 222 e segg.; LXXIV.
— nelle bronchiti, 4 I, 295; LXVII.
— nell'influenza, 1 II, 338; V.
— nello scorbuto, 2, 619.
— nell'ulcera gastrica, 3 I, 369.
Crepitatio redux. V. *Rantolo crepitante di ritorno*.
Crepiti, 4 II, 109, 211.
— umidi, 4 II, 110, 211.
Cretinismo, 6 III, 170.
Criestesia nelle nefriti croniche, 5 II, 220.
Criminaloidi, 6 III, 287.
Crisarobina nel favo; XVI.
— nella lebbra, 2, 384; XVIII.
— nella pitiriasi versicolore; XVII.
— nella prurigine; XIX.
— nella psoriasi, 2, 434; XX.
— nella tricofizia, 2, 338; XVI.
— nel prurito; XIX.
Crisi clitoridee nella tabe, 6 I, 394.
— congestizia nell'aortite, 5 I, 437.
— d'*angina pectoris* nella steatosi del cuore, 5 I, 96.
— d'asistolia, 5 I, 302.
— diarroiche della menopausa, 3, II, 6.
— di asma, 4 I, 222.
— di colica nefritica, 5 II, 350.
— di diarrea nei diabetici, 1 I, 384.
— di dispnea in compressione del midollo, 6 I, 490.
— di gastralgia premonitoria della gotta, 1 I, 452.
— di indolenzimento muscolare nei tabici, 6 I, 369.
— d'insufficienza tricuspidale, 5 I, 278.
— di poliuria nella litiasi renale, 5 II, 346.
— di sonno nell'epilessia, 6 III, 465.
— dispnoiche nell'insufficienza aortica, 5 I, 218.
— di stenocardia nell'*angina pectoris*, 5 I, 318.
— di sternuti nei gastrectasici, 3 I, 342.
— di tremore nell'epilessia, 6 III, 465.

Crisi di vomiti, 5 I, 280.
— — ed edemi cutanei, 5 I, 280.
— — nel rene mobile, 5 I, 280.
— dolorose nell'ulcera gastrica, 5 I, 361.
— ematica, 1 I, 138; 2, 524.
— emorroidarie, 5 II, 69.
— epilettiformi nel morbo di Basedow, 6, II, 464.
— — nel polso raro permanente, 6 III, 556.
— epilettoidi nei degenerati, 6 III, 266.
— — nell'emicrania, 6 III, 615.
— gastriche essenziali, 6 II, 220.
— — in neuriti dello stomaco, 6 II, 220.
— gastriche nella sclerosi a piastre, 6, I, 347.
— gastriche nella tabe, 5 I, 367; 6 I, 388.
— laringee, 6 II, 217.
— nefritiche nella tabe, 6 I, 391, 394.
— nella febbre ricorrente, 1 II, 551.
— nella pertosse, 4 I, 247.
— nella polmonite, 4 II, 325, 329; 1 I, 124.
— nell'asma, 4 I, 221, 223, 226.
— nelle coliche biliari, 5 II, 294.
— nelle infezioni, 1 I, 138.
— nell'emicrania, 6 III, 614.
— nell'ileo-tifo, 1 II, 230.
— nel tifo petecchiale, 2, 16, 23.
— nella scarlattina, 2, 54,
— parossistiche nel rene mobile, 5 II, 332.
— stertorose nell'epilessia, 6 III, 465.
— urinaria nella tabe, 6 I, 393,
— — nell'ittero, 5 II, 322, 326, 328, 334.
— viscerale, 5 I, 312.
— viscerale nei tabici, 6 I, 369.
— vulvo-vaginale nella tabe, 6 I, 395.
Cristalli calcari gialli di Nothnagel, 5 II, 259.
— asmatici, 4 I, 225, 313.
— di Charcot-Leyden, 4 I, 225, 238, 313.
Cristallizzazioni di urea alla superficie della pelle, 5 II, 93.
Cristallofobie, 6 III, 319.
Crittogama ramosa di Tigri, 5 I, 151.
Cromidrosi, 2, 475.
Cromocitometro di Bizzozero, 2, 503.
Cromometria, 2, 544.
Crosta, 2, 324.
— melicerica nell'impetigine, 2, 385.
Crup, 5 I, 150, 219.
— abortivo, 5 I, 223.
— ascendente, 5 I, 219, 230.
— bronchiale primitivo, 4 I, 324.
— discendente, 5 I, 219.
— infiammatorio, 5 I, 230.
— intestinale, 5 II, 17.
— latente, 5 I, 228.
Crup morbilloso, 2, 99.
— non difterico, 5 I, 204.
— prolungato, 5 I, 225.
— scarlattinoso, 2, 62.
— sopraglottico, 5 I, 224.
— sottoglottideo, 5 I, 224.
Cubebe nella gonorrea; XIII.
Cunicolo della scabbia, 2, 325-327.
Cuore bovino, 5 I, 74, 291.
— coreico, 6 III, 380.
— di chelonio, 5 I, 283.
— degli obesi, 1 I, 329.
— del lavoro, di Sée, 5 I, 78.
— doloroso di Peter, 5 I, 122.
— — nel tifo, 1 II, 251.
— grasso, 5 I, 90, 93.
— negli alcoolisti, 2, 687.
— nella clorosi, 2, 541.
— nella difterite, 5 I, 194.
— nell'anemia perniciosa progressiva, 2, 562.
— nella tubercolosi polmonare, 4 II, 149.
— nel morfinismo, 2, 701.
— nel saturnismo, 2, 636.
— periferico, 5 I, 400.
— stanco forzato, 4 I, 231.
Cura abortiva della gonorrea; II, 312.
— — nel tifo, 1 II, 264.
— all'ombra della tubercolosi, 4 II, 242.
— aspettante nella polmonite, 4 II, 348.
— — nel tifo, 1 II, 264.
— Bouchard nel tifo, 1 II, 267.
— Brand nel tifo, 1 II, 270.
— Brown-Séquard, 1 I, 267; 6 I, 418.
— — contro la tisi, 4, II, 253.
— — nella malinconia, 6 III, 136.
— Cantani nel tifo, 1 II, 281.
— Debove della peritonite tubercolare, 5 II, 225.
— della sifilide prima del matrimonio, 2, 267.
— della tubercolosi alla luce intensa (De Renzi), 4 II, 243.
— dell'uva, 1 I, 274.
— del terreno, 5 I, 98.
— dietetica della tubercolosi, 4 II, 240.
— di prova nella sifilide epatica dubbia, 5 II, 475.
— di riduzione, 1 I, 274, 354.
— Du Castel nel vaiuolo, 2, 166.
— Edison nella gotta, 1 I, 477.
— etereooppiacea di Ducastel nel vaiuolo, 2, 165; X.
— *famis*, 1 I, 274.
— Fochier nella paralisi generale progressiva, 6 III, 65.

Cura Fochier nella polmonite, 4 II, 348.
— — nella meningite cerebrospinale, 6 II, 26.
— Foucart nella miliare, 2, 211.
— Gaucher nella difterite, 5 I, 209.
— Koch della tubercolosi, 4 II, 218.
— Jaccoud nel tifo, 1 II, 267.
— Jürgenssen nel tifo, 1 II, 267.
— lattea nella nefrite, 5 II, 227.
— Lescure nella difterite, 5 I, 217.
— Liebermeister nel tifo, 1 II, 268.
— Liebreich nella tubercolosi, 4 II, 218.
— locale del reumatismo blenorragico, 2, 319.
Cura Moore-Baccelli nell'aneurisma aortico, 5 I, 487.
— morale della neurastenia, 6 III, 457.
— Oertel nella steatosi del cuore, 5 I, 98.
— Petrescu nella polmonite, 4 II, 348.
— rigenerativa, 1 I, 272.
— rivulsiva nel colèra, 1 II, 496.
— Silva nel tifo, 1 II, 268.
— Valsalva nell'aneurisma aortico, 5 I, 486.
— vomipurgativa delle miliare (Foucart), 2, 211.
— Weir-Mitchell della neurastenia, 6 III, 457.
— Weise nella diarrea infantile, 5 II, 142.

D

Dacriorrea nella tabe, 6 I, 373.
Dal-fil. V. *Elefantiasi*.
Daltonismo. V. *Discromatopsia*.
— del senso morale, 6 III, 286.
Damoiseau (Linea di), 4 II, 429.
Dandy fever. V. *Dengue*.
Danza delle arterie, 5 I, 223.
— di San Vito. V. *Corea*.
Darier (Psorospermosi follicolare vegetante di), 1 I, 19.
Dartre, 1 I, 226.
Debolezza generale dei neurastenici; CXIV.
— mentale, 6 I, 208; 6 III, 249, 274.
— muscolare nel diabete, 1 I, 387.
Decomposizione putrida degli sputi nella bronchiettasia, 4 I, 354.
Decubito acuto, 5 I, 30; 6 I, 63, 172.
— dei pleuritici, 4 II, 425.
— diagonale di Andral, 4 II, 425.
— nel delirio acuto, 6 III, 162.
Decubitus ominosus. V. *Decubito acuto*.
Decussazione delle piramidi, 6 I, 35.
Deficienza mentale congenita, 6 III, 285.
Deformazione della faccia nell'ipertrofia della tonsilla faringea, 5 I, 120.
Deformazioni articolari nei gottosi, 1 I, 460.
— dei denti nella sifilide ereditaria, 2, 294.
— toraciche nell'ipertrofia tonsillare faringea, 5 I, 120.
Deformità cutanee, 2, 392.
— della mano nella paralisi dei flessori, 6 II, 304.
— della spalla in paralisi del romboide, 6 II, 297.
— nei miopatici progressivi, 6 II, 412.
Deformità nella paralisi del trapezio, 6 II, 300.
— — spinale infantile, 6 I, 318.
— nell'osteomalacia, 1 I, 317.
Degenerati e tubercolosi, 4 II, 36.
— superiori, 6 III, 275.
Degenerazione, 6 III, 250.
— amiloide, 1 I, 117.
— — del fegato, 5 II, 500.
— — delle arterie, 5 I, 384.
— — del rene, 5 II, 251.
— — sperimentale, 5 II, 256.
— caseosa, 4 II, 73.
— caseocalcare nella neurite lebbrosa, 6 II, 240.
— cistica dei reni, 5 II, 225, 206.
— colloide, 4 II, 73.
— dei nervi recisi, 6 II, 132.
— granulo-grassa del fegato, 5 II, 498.
— grassa dei fasci nervosi, nella lebbra, 6 II, 239.
— — del cuore, 5 I, 91.
— — delle arterie, 5 I, 383.
— — del pancreas, 5 I, 423.
— — del rene, 5 II, 243.
— — senile o diatesica, 5 I, 97.
— jalina delle arterie, 5 I, 385.
— mentale, 6 III, 101, 249.
— morale, 6 III, 211.
— pigmentaria del cuore, 5 I, 89.
— psichica 6 III, 211, 249.
— psicosessuale, 6 III, 265.
— tubulare dei muscoli, 6 II, 486.
— vitrea, 1 II, 129; 4 II, 73.
— walleriana, 6 II, 170, 404, 410.
Degenerazioni ascendenti del midollo, 6 I, 436.
— cellulari, 1 I, 269.

Degenerazioni da involuzione. V. *Demenze*.
— discendenti del midollo, **6** I, 432, 434.
— secondarie del midollo, **6** I, 430.
Deglutizione degli sputi, **4** I, 294.
— sonora, **5** I, 472.
Degradazione morale, **6** III, 282.
Delinquente-nato, **6** III, 284.
Delinquenza congenita ed epilessia, **6** III, 289.
Delirio, **1** I, 101.
— acuto, **6** III, 158.
— — astenico, **6** III, 158.
— — bacillare, **6** III, 158, 167.
— — maniaco, **6** III, 98, 158.
— — senza mania, **6** III, 165.
— a esplosione istantanea, **6** III, 251.
— alcoolico acuto, **6** III, 56.
— — semplice, **2**, 690.
— antipirinico, **6** III, 143.
— caotico, **6** III, 195.
— cocainico, **6** III, 142.
— cronico, **6** III, 208.
— — a evoluzione sistematica, **6** III, 209.
— — regolare, **6** III, 208.
— da collasso, **6** III, 150-158.
— da degenerazione, **6** III, 340.
— degli atti, **6** III, 197, 277, 280.
— dei degenerati, **6** III, 340.
— dei sentimenti, **6** III, 277.
— demenziale nella paralisi generale progressiva, **6** III, 35.
— di contatto **6** III, 315, 319.
— di enormità, **6** III, 128.
— di grandezza, **6** III, 223, 291.
— di negazione, **6** III, 127.
— — nella paralisi generale progressiva, **6** III, 34.
— di osservazione, **6** III, 215.
— di persecuzione, **6** III, 56, 129, 217, 231, 291.
— — a evoluzione sistematica, **6** III, 208.
— — auto-accusatoria, **6** II, 114; **6** III, 230.
— — nella malinconia, **6** III, 114.
— — nella paralisi generale progressiva, **6** III, 33, 34.
— emotivo, **6** III, 251.
— epilettoide, **6** III,195.
— erotico nella rabbia, **1** II, 90.
— febbrile, **6** III, 158.
— genealogico, **6** III, 225.
— grave, **6** III, 154.
— improvviso, **6** III, 154.
— — dei degenerati, **6** III, 347.
— ipocondriaco nella paralisi generale progressiva, **6** III, 28, 33.
Delirio lipemaniaco nella paralisi generale progressiva, **6** III, 34.
— malinconico, **6** III, 107, 130.
— mistico, **6** III, 353.
— morfinico, **6** III, 142.
— morfococainico, **6** III, 142.
— nell'accesso isterico, **6** III, 510.
— nella meningite, **6** II, 17, 19, 39.
— nella miliare, **2**, 203.
— nella paralisi generale progressiva, **6** III, 28, 32, 33.
— nella psicosi neuritica, **6** II, 213.
— nella scarlattina, **2**, 80.
— nell'ileo-tifo, **1** II, 229; **2**, 19.
— nel tifo esantematico, **2**, 19.
— nel vaiuolo, **2**, 141-147.
— orgoglioso nella paralisi generale progressiva, **6** III, 28, 34.
— palingnostico, **6** III, 216.
— professionale degli ubbriachi, **2**, 690.
— pseudo-sistematico, **6** III, 194.
— reumatico, **5** II, 28.
— sensoriale, **6** III, 139, 150, 167.
— — acutissimo nell'alcoolismo, **6** III, 183.
— sistematizzato, **6** III, 57.
— — abortivo, **6** III, 310.
— — acuto guaribile, **6** III, 340.
— — cronico dei degenerati, **6** III, 349.
— — degenerativo, **6** III, 361.
— — primitivo, **6** III, 208.
— — progressivo, **6** III, 208.
— tifoso, **2**, 19.
— tossico acuto, **6** III, 143, 175.
— uremico, **5** II, 83.
— — maniaco, **6** III, 160.
Delirium tremens, **1** II, 93; **2**, 689, 691; **6** III, 183.
— — amorfinico, **6** III, 187.
— — morfinico, **6** III, 187; **2**, 703.
— — nella febbre ricorrente, **1** II, 553.
— — nella polmonite, **4** II, 328, 338, 341.
Demenza, **6** III, 237.
— acuta, **6** III, 130, 139.
— agitata o versatile, **6** III, 247.
— alcoolica, **2**, 691.
— apatica, **6** III, 247.
— caotica, **6** III, 247.
— ebefrenica dei degenerati, **6** III, 242.
— epilettica, **6** III, 244, 468.
— funzionale, **6** III, 242.
— nella paralisi generale progressiva, **6** III, 28, 32.
— organica, **6** III, 242.
— paralitica, **6** III, 3, 244.

Demenza paranoide, 6 III, 277.
— postapoplettica, 6 III, 244.
— postvesanica, 6 III, 245.
— precoce, 6 III, 277.
— primitiva, 6 III, 249.
— profonda, 6 III, 247.
— secondaria, 6 III, 242.
— senile, 6 I, 151 ; 6 III, 56, 244.
— terminale delle psicosi primitive, 6 III, 244.
— — nelle neurosi, 6 III, 244.
— — nelle psicosi tossiche, 6 III, 244.
— versatile, 6 III, 247.
— vesanica, 6 III, 56.
— volitiva, 6 III, 310.
Demineralizzazione, 1 I, 236.
Demodex folliculorum, 2, 470.
Demonopatia, 6 III, 316, 322.
Denecke (V. *Bacillo di*).
Dengue, 1 II, 339.
Denti dei rachitici, 1 I, 300.
— di Hutchinson, 2, 294.
Dentizione e diarrea, 3 II, 26.
— laboriosa, 6 II, 49.
Densità della popolazione e tubercolosi, 4 II, 35.
Depilazione nella tricofizia, 2, 337.
Depositi fibrinosi nell'ateroma aortico, 3 I, 441.
Deposito latteo delle puerpere, 3 I, 409.
Depressione cerebrale nei neurastenici, 6 III, 445.
— nervosa nell'influenza, 1 II, 317.
— sopraclavicolare, 4 II, 106.
— sottoclavicolare, 4 II, 106.
— — unilaterale, 4 II, 117.
Dermatite erpetiforme di Duhring, 2, 443, 454.
— polimorfa pruriginosa recidivante delle gravide, di Brocq, 2, 443, 454.
Dermatol nella gonorrea ; XV.
— nella tisi laringea; LXI.
— nell'eczema ; XXI.
— nell'iperidrosi; XXIII.
Dermatomiosite, 6 II, 478.
Dermatoneurosi bollosa, 2, 455.
Dermite solare, 2, 781.
Dermografismo negl'isterici, 6 III, 530.
— nei degenerati, 6 III, 263.
— nella siringomielite, 6 I, 459.
— nell'orticaria, 2, 424.
Dermopatie nei gastroectasici, 3 I, 342.
— nella tabe, 6 I, 378.
— nell'isterismo, 6 III, 530.
Dermotifo. V. *Tifo petecchiale o esantematico*.
Desquamazione areolare della lingua, 3 I, 29, 31.
— della lingua a frangie nette, 3 I, 30.
Desquamazione epiteliale della lingua, 3 I, 29.
— nella miliare, 2, 206.
— nella scarlattina, 2, 52, 81.
— nel vaiuolo, 2, 144.
Destrina nel contenuto gastrico, 3 I, 248.
Detrito ocraceo dopo emorragie cerebrali, 6 I, 161.
Deviazione coniugata degli occhi, 6 II, 328.
— — della testa e degli occhi, 6 I, 168.
— — — — nell'emorragia sottoaracnoidea, 6 II, 68.
— secondaria del globo oculare, 6 II, 330.
Diabete, 1 I, 364, 400; III.
— acuto, 1 I, 400.
— albuminoso, 1 I, 438.
— azoturico, 1 I, 439.
— biliare, con ipertrofia del fegato, 3 II, 441.
— bronzino, 3 II, 459.
— chilogeno, 1 I, 418.
— coniugale, 1 I, 368 ; 3 I, 12.
— costituzionale, 1 I, 418.
— cronico, 1 I, 400.
— di Andral, 1 I, 438.
— di Cullen, 1 I, 438.
— di Lister, 1 I, 438.
— di origine alcoolica, 1 I, 397.
— e altre malattie, 1 I, 62.
— epatico, 1 I, 435.
— epatogeno, 1 I, 424.
— e tubercolosi, 4 II, 62.
— fosfaturico, 1 I, 433.
— grasso, 1 I, 400.
— inosurico, 1 I, 439.
— insipido, 1 I, 438.
— latente, 1 I, 399.
— lipogeno, 1 I, 398.
— magro, 1 I, 400.
— negli ebrei, 1 I, 366.
— nervoso, 1 I, 435.
— neurogeno, 1 I, 418.
— ossalurico, 1 I, 445.
— sifilitico, 1 I, 402, 433.
— sperimentale, 1 I, 408.
— — da estirpazione del pancreas, 1 I, 411.
— traumatico, 1 I, 400.
— zuccherino, 1 I, 364.
Diaforetici nella poliomielite anteriore subacuta, 6 I, 519.
— nelle nefriti, 5 II, 236.
Diagnosi batteriologica nella difterite, 3 I, 200, 207.
— di localizzazione delle malattie del cervello, 6 I, 11.
— di sede nei tumori cerebrali, 6 I, 225.

Diagnosi microscopica nella difterite, 3 I, 200.
Diapedesi dei leucociti, 4 I, 286.
Diarrea *acqua di carne* nella dissenteria acuta, 3 II, 106.
— bianca, 3 II, 26.
— coleriforme nel morbillo, 2, 103.
— dei tisici, 4 II, 141, 261; LXXXII.
— della Cocincina, 2, 569; 3 II, 11, 13, 14.
— dissenterica nell'uremia, 5 II, 90.
— dissenteriforme nel morbillo, 2, 103.
— fibrinosa, 3 II, 17.
— glutinosa, 3 II, 17.
— grassa infantile, 3 II, 26.
— infantile, 3 II, 26.
— infettiva da divezzamento, 3 II, 27.
— intermittente, 1 II, 409.
— mercuriale, 2, 653.
— negli orecchioni, 2, 219.
— nel colèra infantile, 3 II, 23.
— nella pellagra, 2, 767.
— nelle ulcerazioni intestinali, 3 II, 64.
— nel morbo di Basedow, 6 II, 468.
— nel rene amiloide, 5 II, 258.
— nel tifo, 1 II, 229.
— nera nella enterite tubercolare, 3 II, 39.
— nervosa, 3 II, 6.
— — nell'asma da fieno, 3 II, 7.
— pancreatica, 3 I, 413.
— parossistica nei diabetici, 1 I, 383.
— premonitoria del colèra, 1 II, 464, 495, 501.
— sierosa nell'uremia cronica, 5 II, 90.
— tabica, 6 I, 390.
— tubulare, 3 II, 17.
— verde, 3 II, 27.
— — bacillare, 3 II, 27.
— — policolica, 3 II, 28.
Diarree coleriformi, 1 II, 456.
Diastasi, 1 I, 171.
Diatesi, 1 I, 224; 4 I, 283.
— alcoolica, 2, 684.
— artritica, 4 I, 49.
— di contrattura, 6 III, 435.
— — nell'isterismo, 6 III, 504.
— di incoercibilità psichica, 6 III, 311.
— e malattie, 1 I, 62.
— reumatoide, 3 I, 330.
— scrofolosa, 1 I, 226.
Diazoreazione nella febbre mediterranea, 1 II, 531.
— nel tifo, 1 II, 261.
Dieta acquea, 1 I, 283.
— dei tifosi, 1 II, 234.
— dei tisici, 4 II, 247.
Dieta lattea nel diabete, 1 I, 430.
— — nella peritonite, 3 II, 203.
Dietetica delle diatesi, 1 I, 270.
Difteria bronchiale primitiva, 4 I, 323.
Difterite, 3 I, 150; 4 I, 323; XXXII.
— abortiva, 3 I, 184.
— anale, 3 I, 191.
— bacillo-coccica, 3 I, 187.
— bacillo-streptococcica, 3 I, 187.
— benigna, 3 I, 186.
— boccale, 3 I, 191.
— cutanea, 3 I, 191.
— degli uccelli, 1 II, 4.
— dell'esofago, 3 I, 440.
— e gravidanza, 3 I, 222.
— e tubercolosi miliare, 3 I, 204.
— franca (Trousseau), 3 I, 184.
— fulminante, 3 I, 187.
— genitale, 3 I, 191.
— grave, 3 I, 187.
— infettiva, 3 I, 183, 187.
— ipertossica, 3 I, 187.
— maligna, 3 I, 187.
— monomicrobica o bacillare, 3 I, 184.
— morbillosa, 2, 106.
— nasale, 3 I, 190.
— normale, 3 I, 184.
— oculo-palpebrale, 3 I, 190.
— polimicrobica, 3 I, 183, 187.
— primitiva cronica delle narici, 3 I, 197.
— prolungata, 3 I, 197.
— scarlattinosa, 2, 60.
— secondaria, 3 I, 187.
— streptococcica, 3 I, 183.
— (Tossialbumine della), 1 I, 69.
— tossica, 1 I, 69; 2, 61; 3 I, 181, 183, 187.
— (Vaccinazione nella), 1 I, 69.
Digestione salivale 3 I, 256.
Digitale nei vizi di cuore, 5 I, 213, 230, 253; LXXXIX.
— nel cardiopalmo da ipertrofia di cuore, 5 I, 80; LXXXVIII.
— nel gozzo esoftalmico, 6 II, 476.
— nella bronchite cardiaca, 4 I, 315.
— nella congestione cerebrale; CV.
— — polmonare, 4 I, 392; LXXIII.
— nella debolezza generale dei neurastenici; CXIV.
— nella mania, 6 III, 106.
— nella pericardite, 5 I, 44; LXXXV.
— nella polmonite, 4 II, 348.
— nell'astenia cardiaca da nefrite, 5 II, 234.
— nella tachicardia, 5 I, 345; XCVII.
— nella tifoide, 1 II, 266, 269; V.

Digitale nelle miocarditi croniche, 5 I, 125.
— nell'endocardite, 5 I, 184; LXXXVIII.
— nell'enfisema polmonare, 4 I, 441; LXXIII.
Digitalina nell'emottisi dei tisici, LXXIX.
— nell'endocardite, 5 I, 184; LXXXVIII.
Digitalismo, 5 I, 204.
Digiuno e malattie, 1 I, 52.
— nelle infezioni, 1 I, 134.
Dilatatore esofageo di Reichmann, 3 I, 452.
— esofageo di Schreiber, 3 I, 452.
Dilatazione cardiaca senza asistolia di Beau, 5 I, 84.
— cistica del canale centrale, 6 I, 474.
— colica di Trastour, 3 II, 6.
— del cuore, 5 I, 81.
— — destro, 5 I, 83.
— dell'aorta nell'aortite, 5 I, 436.
— dell'esofago, 3 I, 452.
— dell'intestino e autointossicazione, 3 II, 5.
— delle vene sottocutanee addominali nella cirrosi atrofica, 3 II, 418.
— di stomaco, 1 I, 262.
— — adinamica, 3 I, 337.
— — e acne, 2, 472.
— — e autointossicazione, 3 I, 281.
— — meccanica, 3 I, 335.
— — protopatica di Bouchard, 3 I, 271, 340.
— semplice dell'aorta, 5 I, 440.
— vestibolare dei bronchi, 4 II, 87.
Dinamografi, 6 III, 37.
Diplegia, 6 I, 432.
— cerebrale, 6 I, 446.
— facciale, 6 II, 324.
— spastica infantile, 6 I, 201.
Diplococco della flaccidezza del baco da seta, 1 I, 14.
— lanceolato, 4 II, 293, 298.
— (Varietà edematogene del), 4 II, 299.
— (Varietà fibrinogene del), 4 II, 299.
Diplococcus intracellularis meningitidis, 6 II, 14.
Diplopia monoculare isterica, 6 III, 489.
— — nella tetania, 6 II, 517, 522.
— nelle oftalmoplegie, 6 II, 330, 331.
Dipsomania, 2, 689; 6 III, 183, 311, 323.
— nella pellagra, 2, 767.
— spuria dei bevitori, 6 III, 183.
Disartria, 6 III, 42.
— degli emiplegici, 6 I, 50.
Discinesiografia, 6 III, 40.
Discissione delle tonsille, 3 I, 106, 116.
Discrasie acide, 1 I, 288.
Discrasie lipogene, 1 I, 321.
Discromatopsia isterica, 6 III, 489.
Discromatopsia nella paralisi generale progressiva, 6 III, 46.
— nella sclerosi a piastre, 6 I, 346.
Disendografia, 6 III, 40.
Disestesie isteriche, 6 III, 501.
Disfagia dolorosa, 4 I, 198.
— infiammatoria, 3 I, 438.
— isterica, 6 III, 527.
— lusoria, 3 I, 446.
— nella pericardite, 5 I, 24, 30.
— nelle stenosi esofagee, 3 I, 446.
— reumatica, 3 I, 470.
— sonora, 3 I, 472.
Disfantasie nella mania, 6 III, 92.
Disfasia, 6 III, 43.
Disfasie ipermnestiche, 6 III, 219.
Disfonia spasmodica, 4 I, 130.
Disfrasia, 6 III, 43.
Disfrenia emicranica, 6 III, 614.
Disgenesie cerebrali, 6 III, 249.
Disgenesi pigmentaria nella cirrosi, 3 II, 463.
Disgrafia emozionale, 6 III, 649.
— nella paralisi generale progressiva, 6 III, 40.
Disidrosi, 2, 475.
Disinfettanti, 1 II, 17. V. *Antisettici*.
— intestinali; I.
— nel colèra, 1 II, 452.
— nel tifo, 1 II, 216, 217.
Dislalia, 6 III, 43.
— nell'atetosi doppia, 6 I, 67.
Dislogia, 6 III, 43.
Dislogografia, 6 III, 40.
Dismenorrea delle tisiche, 4 II, 152.
Dismetria degli atti volontari, 6 I, 232.
Dismnesia organica incurabile, 6 III, 32.
Dismorfofobia, 6 III, 322, 356.
Disnoia, 6 III, 139, 210, 346.
— nei degenerati, 6 III, 346.
Dispepsia, 3 I, 243.
— alcoolica, 2, 686.
— dolorosa nell'insufficienza aortica, 5 I, 218.
— intestinale, 3 II, 3.
— — dolorosa, 3 II, 4.
— — gassosa, 3 II, 4.
— nel cancro dello stomaco, 3 I, 383.
— nella cianosi, 5 I, 286; XCII.
— nella neurastenia, 6 III, 443.
— nelle cardiopatie, 5 I, 234, 247, 275, 286.
— nell'ulcera gastrica, 3 I, 363.
— nel saturnismo, 2, 634.
— nervomotrice, 3 I, 272; 6 III, 443.
— nervosa di Leube, 3 I, 274.
— pancreatica, 3 I, 412.

Dispepsia pretubercolare di Bourdon, **4** II, 138.
— tossica dei tisici, **4** II, 137.
Displasie, **6** III, 257.
Dispnea asmatica notturna dei tisici, **4** II, 103, 258.
— asmatiforme, **1** I, 390.
— dei gobbi, **4** I, 300.
— diurna, **4** I, 314.
— isterica, **6** III, 527.
— negli obesi, **1** I, 333.
— nei tumori mediastinici, **4** II, 282.
— nei tisici, **4** II, 258; LXXXI.
— nel cancro polmonale, **4** I, 498.
— nel colèra infantile, **3** II, 24.
— nel crup, **3** I, 221.
— nel diabete, **1** I, 404.
— nella cianosi, **5** I, 285.
— nella dilatazione bronchiale, **4** I, 355.
— nella gravidanza, **4** II, 537.
— nell'aortite, **5** I, 434, 438, 446.
— nella pericardite, **5** I, 24, 29.
— nella pleurite, **4** I, 425.
— nella polmonite, **4** II, 323.
— nell'asma, **4** I, 221, 227.
— nelle bronchiti, **4** I, 294, 337.
— nelle cardiopatie; XCII.
— nelle idatidi polmonari, **4** I, 516.
— nelle laringiti, **4** I, 147.
— nell'endocardite, **5** I, 169.
— nell'enfisema, **4** I, 432.
— nell'infarto polmonale, **4** I, 406.
— nel pneumotorace, **4** II, 415.
— nel vaiuolo, **2**, 140.
— nervosa, **4** I, 391.
— parossistica nei gastrectasici, **3** I, 342.
— spasmodica essenziale, **4** I, 228.
— toracica, **4** I, 300.
— tossica, **4** I, 391.
— uremica, **4** I, 426; **5** II, 83.
Dispora caucasica, **1** I, 10.
Dissenteria, **1** I, 70; **3** II, 96; XLIII.
— algida, **3** II, 108.
— (Ameba della), **1** I, 70.
— benigna, **3** II, 108.
— bianca, **3** II, 108.
— biliosa, **3** II, 108.
— cronica, **3** II, 111.
— e febbre tifoide, **3** II, 111.
— e malaria, **3** II, 111.
— emorragica, **3** II, 108.
— epatica, **3** II, 359.
— e tifo esantematico, **3** II, 111.
— gangrenosa, **3** II, 109.
— infiammatoria, **3** II, 108.
Dissenteria maligna, **3** II, 108.
— reumatica, **3** II, 109.
— tifoide, **3** II, 108.
— ulcero-gangrenosa, **3** II, 116.
Dissistolia, **5** I, 199.
Dissociazione dell'anestesia, **6** I, 372.
— della sensibilità nelle neuriti, **6** II, 206.
— siringomielica della sensibilità, **6** I, 455, 465.
Distensione della vena giugulare nell'aneurisma aortico, **5** I, 478.
Distimia, **6** III, 107. V. *Malinconia.*
Distoma crassum, **3** II, 164.
— *heterophyes*, **3** II, 164.
Distomum pulmonis, **4** I, 513.
Distocia da rachitismo, **1** I, 303.
Distrofia elementare primitiva, **1** I, 245.
— muscolare progressiva. V. *Miopatia progressiva primitiva.*
Disturbi auricolari nelle angine, **3** I, 60.
— bulbari nella siringomielite, **6** I, 461.
— circolatori ed epilessia jacsoniana, **6** I, 83.
— cutanei e gotta, **1** I, 450.
— — nel diabete, **1** I, 385, 441.
— — nel morbo di Basedow, **6** II, 467.
— dei sensi specifici nei degenerati, **6** III, 264.
— — — nei neurastenici, **6** III, 448.
— dell'affettività nelle demenze, **6** III, 238.
— della memoria nella paralisi generale progressiva, **6** III, 32.
— della minzione nel latirismo, **6** I, 310.
— della motilità nella pellagra, **2**, 765.
— dell'andatura nei tabici, **6** I, 365.
— della parola nei degenerati, **6** III, 264.
— — — nella paralisi generale progressiva, **6** III, 43.
— — — nella sclerosi a piastre, **6** I, 347.
— della prensione nei tabici, **6** I, 366.
— della scrittura nella mania, **6** III, 89.
— della sensibilità nella tetania, **6** II, 522.
— della visione nella paralisi generale progressiva, **6** III, 44.
— della volontà nelle demenze, **6** III, 239.
— del linguaggio nella mania, **6** III, 89.
— — nell'emiplegia, **6** I, 50.
— dell'intelletto nelle demenze, **6** III, 238.
— dell'udito nella tabe, **6** I, 376.
— — nell'ipertrofia tonsillare, **3** I, 111.
— del ricambio nei degenerati, **6** III, 262.
— del tempo psichico nella paralisi generale progressiva, **6** III, 35.
— digestivi nell'ipertrofia tonsillare, **3** I, 110.
— — nella nevrite periferica, **6** II, 271.
— — nella tabe, **6** II, 271.

Disturbi digestivi nella tubercolosi, 4 II, 133, 176, 259.
— — nel rene mobile, 5 II, 333.
— di fonazione, 6 I, 16.
— di motilità nei neurastenici, 6 III, 447.
— — nella corea, 6 III, 382.
— — nella sciatica, 6 II, 378.
— — nella tabe, 6 II, 268.
— — nell'emorragia cerebrale, 6 I, 169.
— — nelle neuriti periferiche, 6 II, 268.
— — nelle nevralgie, 6 II, 365.
— — nel morfinismo, 6 III, 189.
— di nutrizione, 1 I, 221.
— — nel cancro, 1 I, 257.
— — nella febbre, 1 I, 253.
— — nella tisi, 1 I, 256.
— — nelle malattie, 1 I, 221, 233.
— — — del fegato, 1 I, 263.
— — — della pelle, 1 I, 265.
— — — del tubo digerente, 1 I, 261.
— — — ematopoietiche, 1 I, 259.
— — — polmonari, 1 I, 256.
— — — renali, 1 I, 265.
— — per soppressione di un organo, 1 I, 266.
— di sensibilità nell'acinesia algera, 6 III, 657.
— — dei neurastenici, 6 III, 447.
— — nei coreici, 6 III, 382, 386.
— — nel cocainismo, 6 III, 188.
— — nella malattia di Parkinson, 6 III, 429.
— — nella malinconia, 6 III, 114.
— — nella mania, 6 III, 91.
— — nella paralisi generale progressiva, 6 III, 46.
— — nella pellagra, 2, 765.
— — nella sclerosi a piastre, 6 I, 345.
— — nella sciatica, 6 II, 378.
— — nella tabe, 6 I, 369; 6 II, 268.
— — nell'emiplegia, 6 I, 42.
— — nelle neuriti, 6 II, 204, 268.
— — nel morbo di Basedow, 6 II, 465.
— — nel morbo di Friedreich, 6 I, 420.
— — nel morfinismo, 6 III, 187.
— — nel rammollimento cerebrale, 6 I, 152.
— gastrici dei neurastenici; CXIII.
— genitali dei neurastenici, 6 III, 448.
— — nei malinconici, 6 III, 120.
— — nella tabe, 6 I, 394, 400; 6 II, 271.
— — nelle neuriti, 6 II, 221, 271.
— — nel morbo di Basedow, 6 II, 469.
— intellettuali nella sclerosi a piastre, 6 I, 348.
— — nell'atetosi doppia, 6 I, 68.
— — nell'epilessia jacsoniana, 6 I, 77.
— laringei nella tabe, 6 II, 269.
— — nelle neuriti periferiche, 6 II, 269.
Disturbi mentali nella mania, 6 III, 87.
— motori postemiplegici, 6 I, 42.
— nervosi nella clorosi, 2, 544.
— — nella flemmasia, 5 I, 413.
— — nella tubercolosi polmonare, 4 II, 143.
— — — miliare acuta, 4 II, 189.
— neuropsichici nelle malattie infettive, 1 I, 81, 101, 122; 1 II, 73, 225, 241, 317, 322, 387, 404; 2, 18, 157, 241, 292; 5 II, 25; 6 I e II *passim;* 6 II, 174.
— oculari nel diabete, 1 I, 392.
— — nella neurite periferica, 6 II, 270.
— — nella sifilide cerebrale, 6 II, 98.
— — nella tabe, 6 II, 270.
— paralitici nella paralisi generale progressiva, 6 III, 30, 36.
— — nelle nevralgie, 6 II, 366.
— psichici nel cocainismo, 6 III, 188.
— — nel colèra, 1 II, 468.
— — nella paralisi generale progressiva, 6 III, 28, 32.
— — nella pellagra, 2, 765.
— — nella tabe, 6 I, 397; 6 II, 272.
— — nella tubercolosi miliare acuta, 4 II, 195.
— — nelle neuriti periferiche, 6 II, 272.
— — nel morbo di Basedow, 6 II, 467.
— — nel morfinismo, 6 III, 187.
— — nel tifo addominale, 1 II, 249.
— — — petecchiale, 2, 19.
— secretori nelle nevralgie, 6 II, 366.
— sessuali nel morfinismo, 6 III, 187.
— somatici nella paralisi generale progressiva, 6 III, 29.
— trofici nella compressione del midollo, 6 I, 482, 485.
— — nella paralisi generale progressiva, 6 III, 48.
— — nella sciatica, 6 II, 379.
— — nella sclerosi a piastre, 6 I, 347.
— — nella siringomielite, 6 I, 457.
— — nella tabe, 6 I, 377; 6 II, 269.
— — nell'emiplegia, 6 I, 46.
— — nelle neuriti, 6 II, 208, 269.
— — nelle nevralgie, 6 II, 367.
— — nell'isterismo, 6 III, 530.
— — nel morbo di Friedreich, 6 I, 422.
— urinari nelle neuriti, 6 II, 221.
— — nella sclerosi a piastre, 6 I, 347.
— uteroovarici e acne rosacea, 2, 472.
— vescicali nella siringomielite, 6 I, 460, 462.
— — nella tabe, 6 I, 400; 6 II, 271.
— visivi nelle neuriti, 6 II, 209.
Disuria intermittente, 1 II, 409.
— nella colica nefritica, 5 II, 350.

Disvulnerabilità, **6** III, 263.
— nella mania, **6** III, 92.
Dita ad artiglio, **6** II, 410.
— a salciccia nell'acromegalia, **6** II, 430.
— ippocratiche, **4** I, 357, 435; **4** II, 104, 146.
— palmate, **6** III, 260.
Dito morto nelle nefriti croniche, **5** II, 221.
Dittrich (Zaffi di), **4** I, 340.
Diuretici; XCIII.
— nel diabete, **1** I, 438.
— nella litiasi renale; CII.
— nella pleurite, **4** II, 452.
— nelle nefriti, **5** II, 235; IX, X, CII.
— nelle cirrosi epatiche, **5** II, 427; XLIX.
— nell'insolazione, **2**, 790.
Diuretina nei vizi di cuore, **5** I, 206; XCI.
Diverticolo esofageo per propulsione, **5** I, 453.
— — per trazione, **5** I, 453.
— intraparietale dell'esofago, **5** I, 441.
— per trazione, **4** II, 276.
Doccia, **1** I, 281.
— d'aria, **1** I, 281.
— fredda nel tumore splenico da malaria, **1** II, 427.
— gemella, **1** I, 281.
— gutturale, **5** I, 53.
— — nell'angina, **5** I, 53.
— nella malaria, **1** II, 422, 427.
— nella tifoide, **1** II, 268.
— scozzese, **1** I, 281.
— — nell'asma, **4** I, 241.
Dolore a cintura nella meningite spinale, **6** II, 75.
— — nella tabe, **6** I, 370.
— crampoide di Fournier, **6** I, 389.
— negli ascessi epatici, **5** II, 367.
— negli orecchioni, **2**, 214.
— nel cancro intestinale, **5** II, 74.
— — dello stomaco, **5** I, 394.
— — del pancreas, **5** I, 433.
— nel dengue, **1** II, 341, 343.
— nella colelitiasi, **5** II, 310.
— nella flebite, **5** I, 411.
— nella litiasi renale, **5** II, 347.
— nell'aneurisma aortico, **5** I, 479.
— nell'*angina pectoris*, **5** I, 319.
— nell'aortite, **5** I, 434, 438.
— nella pericardite, **5** I, 23, 29.
— nella periepatite, **5** II, 377.
— nella peritonite acuta, **5** II, 192.
— nella pleurite, **4** II, 424.
— nell'arterite, **5** I, 371.
— nella sciatica, **6** II, 376.
— nell'ulcera gastrica, **5** I, 359.
Dolore nell'uretrite blenorragica, **2**, 310.
— nel morbo d'Addison, **5** II, 370.
— nel pneumotorace, **4** II, 415.
— nel reumatismo blenorragico, **2**, 317.
— precordiale nella miocardite acuta, **5** I, 107.
— — nell'aneurisma aortico, **5** I, 472.
— puntorio nella polmonite, **4** II, 323.
— renale nella pielite acuta, **5** II, 358.
— retrosternale nell'insufficienza aortica, **5** I, 218.
— spasmodico nella dermatomiosite, **6** II, 484.
— toracico, **4** I, 438.
— — nella bronchite, **4** I, 294.
— — nelle idatidi polmonari, **4** I, 516.
— — nell'infarto polmonare, **4** I, 406.
Dolori ardenti nei tabici, **6** I, 369.
— articolari nella morva, **1** II, 64, 69.
— cardiaci, **5** I, 206.
— cerebrali degli arti (Fournier), **6** II, 91.
— colici nel saturnismo, **2**, 635.
— da lavoro, **6** III, 646.
— di stomaco nell'influenza, **1** II, 326.
— folgoranti nella pseudotabe neuritica, **6** II, 225.
— — nella tabe, **6** I, 369.
— gastralgici nei diabetici, **1** I, 383.
— gastrici, **5** I, 264.
— lancinanti nella tabe, **6** I, 369, 400.
— nel reumatismo articolare acuto, **5** II, 12.
— — cronico progressico, **1** I, 485.
— nel tetano, **6** III, 563.
— nevralgici nello zoster, **2**, 446.
— ossei degli osteomalacici, **1** I, 316.
— — dei tisici, **1** I, 256, 316.
— osteocopi dei sifilitici, **6** I, 464; **6** II, 369.
— rachialgici nelle meningiti, **6** II, 23.
— reumatoidi, **1** I, 316.
— terebranti nei tabici, **6** I, 369.
— toracici dei tisici, **4** II, 103, 258; LXXXII.
Doppia fluttuazione nell'ascite, **5** II, 178.
Doppio impulso cardiaco, **5** I, 300.
— polso venoso, **5** I, 300.
— soffio crurale di Duroziez, **5** I, 224.
— tono di Traube, **5** I, 224-226.
Dower (Polvere del), **4** I, 302.
Drosera nella pertosse, **4** I, 266.
Duboisina; CX.
— nella neurastenia; CXIII.
— nell'isterismo; CXIV.
Duchenne-Arau (V. *Malattia di*).
Ducrey (V. *Bacillo di*).
Dupont (Apparato di), **4** I, 439.
Durata della tubercolosi, **4** II, 172.

E

Ebbrezza, 2, 682.
— alcoolica, 2, 690.
Ebefrenia di Kahlbaum, 6 III, 276.
Eberth (V. *Bacillo di*).
Ebetudine, 6 III, 247.
Eboidi di Kahlbaum, 6 III, 287.
Eboidofrenia, 6 III, 277.
Ebstein (Lesioni di).
— nel diabete, 2, 374, 405.
Eburnizzazione, 1 I, 484, 296.
Ecchimosi, 2, 408.
— pericardica, 5 I, 66.
— sottocongiuntivale nella pertosse, 4 I, 254.
— sottopleurica, 4 II, 369.
— spontanee delle isteriche, 6 II, 495.
Eccitabilità elettrica dei muscoli e dei nervi motori, 6 II, 190, 192.
— aumentata, 6 II, 197.
— diminuita, 6 II, 192.
Eccitamenti periferici ed epilessia jacsoniana, 6 I, 83.
Eccitanti centrali, 1 I, 278.
— nella broncopolmonite, 4 II, 396.
— nel colèra, 1 II, 496.
— nel coma diabetico; III.
— nella dilatazione di cuore, 5 I, 88; LXXXVII.
— nella febbre ricorrente, 1 II, 557.
— nella miocardite acuta, 5 I, 111.
— nel morbillo, 2, 116.
— nella polmonite; LXXXIII.
— nella scarlattina, 2, 80.
— nella tifoide, 1 II, 269; V.
— nell'influenza; V.
— nel polso raro permanente, 6 III, 557.
— nel vaiuolo, 2, 167.
Eccitazione degenerativa, 6 III, 343.
— — maniaca, 6 III, 99, 100.
Eccondrosi, 1 I, 484.
Echinorhyncus gigas, 3 II, 164.
Eclampsia, 5 II, 85, 240.
— infantile, 6 II, 49.
— nella pertosse, 4 I, 256.
— puerperale, 5 II, 88.
Eco del pensiero, 6 III, 217.
Ectasia centrolobulare nel fegato, 3 II, 354.
Ectasina, 1 I, 82, 167; 4 II, 2, 18, 97, 131, 181, 218.
Ectima, 2, 389.
Ectima superficiale, 2, 389.
— terebrante, 2, 384.
Ectireosi, 6 II, 531.
Eczema, 2, 435; XXI.
— acuto, 2, 435.
— a placche, 2, 436.
— areolare della lingua, 3 I, 29.
— cronico, 2, 435.
— — della mammella, 2, 468.
— della lingua, 3 I, 29.
— generalizzato, 2, 436.
— impetiginoso, 2, 388, 430.
— marginale desquamativo della lingua, 3 I, 29.
— *rubrum*, 2, 436.
— seborroico, 1 I, 323; 2, 433, 437.
— secco, 2, 436.
— squamoso, 2, 436.
— umido, 2, 436.
Edema, 1 I, 94; 5 II, 73.
— acuto della glottide nella scarlattina, 2, 65.
— — intermittente, 3 I, 9.
— — — faringeo, 3 I, 42.
— — soffocante dell'ugola, 3 I, 9, 43.
— angioneurotico, 4 I, 74; 6 II, 494.
— azzurro, 6 III, 531.
— — delle isteriche, 6 II, 494.
— bianco, 5 I, 410; 6 III, 531.
— boccale, 3 I, 9.
— broncopolmonare fugace, 4 I, 316.
— cachettico nei tisici, 4 II, 177.
— carminato, 1 II, 278.
— cerebrale uremico, 5 II, 95, 97.
— cronico nella flemmasia, 5 I, 416.
— dei cirrotici, 3 II, 420.
— della glottide, 4 I, 72, 142, 152; LVI.
— — *a frigore*, 4 I, 74.
— — nella pertosse, 4 I, 254.
— — nell'orticaria laringea, 2, 423.
— — nel tifo esantematico, 2, 21.
— delle pareti addominali, 3 II, 176.
— delle partorienti, 5 I, 409.
— difterico, 3 I, 192.
— dorsale della mano o del piede nella tetania, 6 II, 524.
— faringeo, 3 I, 42.
— faringo-laringeo, 3 I, 42.
— intermittente, 1 II, 409.

Edema isterico, **6** III, 531.
— laringeo negli orecchioni, **2**, 219.
— maligno, **1** I, 25; **1** II, 32.
— nei tumori mediastinici, **4** II, 280.
— nella cachessia palustre, **1** II, 410.
— nell'asistolia, **5** I, 302.
— nelle cardiopatie, **5** I, 204, 272, 302.
— nelle eruzioni di porpora, **2**, 411.
— nelle flebiti, **5** I, 411.
— nell'insufficienza tricuspidale, **5** I, 272.
— neuropatico, **3** I, 9.
— per ritenzione linfatica, **2**, 242.
— polmonare acuto di Welsch, **4** I, 391; LXXIII.
— — *ex vacuo*, **4** I, 377.
— — reumatico, **5** II, 24.
— preascitico degli arti inferiori, **3** II, 415.
— sopraglottideo, **3** I, 93.
— stabile della faccia, **2**, 242.
Efelide, **2**, 398.
Efidrosi, **2**, 474.
Egocentrismo, **6** III, 279.
Egofonia, **4** II, 432.
Eguisier (Apparecchio di), **3** I, 212.
Ehrlich (Cellule di), **4** I, 225.
— (Metodo di), **1** II, 113; **4** II, 13.
Elefantiasi, **6** II, 434.
— congenita, **2**, 482.
— degli Arabi, **2**, 479.
— dura o scirrosa, **2**, 481.
— italica. V. *Pellagra*.
— molle o gelatinosa, **2**, 481.
— nella malaria, **1** II, 399.
— neuromatosa, **2**, 481.
— teleangiectode, **2**, 481.
Elettricità nei crampi professionali, **6** III, 650.
— nel delirio acuto, **6** III, 168.
— nel gozzo esoftalmico, **6** II, 477.
— nella confusione mentale, **6** II, 238.
— nella dermatomiosite, **6** II, 487.
— nella malaria, **1** II, 427.
— nella malinconia, **6** III, 136.
— nella miopatia progressiva, **6** II, 421.
— nella morfiomania; XXVII.
— nell'anemia cerebrale, **6** I, 132.
— nell'anestesia laringea, **4** I, 84.
— nell'atrofia muscolare progressiva, **6** II, 421.
— nella neurastenia, **6** III, 456.
— nella paralisi del radiale, **6** II, 344.
— — generale progressiva, **6** III, 65.
— — labioglosso-faringea, **6** I, 288.
— — spinale infantile, **6** I, 329.
— nella paranoia tardiva, **6** III, 235.
— nella poliencefalite superiore cronica, **6** I, 271.
Elettricità nella sciatica, **6** II, 383.
— nella siringomielia, **6** I, 469.
— nella tabe, **6** I, 417.
— nelle gastropatie, **3** I, 293.
— nelle oftalmoplegie, **6** I, 271.
— nelle paralisi periferiche, **6** II, 327, 337, 344.
— nelle neuriti, **6** II, 286.
— nelle nevralgie, **6** II, 371.
— nell'isterismo, **6** III, 535.
— nell'occlusione intestinale, **3** II, 95.
— nel morbo di Basedow, **6** II, 479.
— nel paramioclono, **6** III, 420.
Elettromassaggio nella tabe, **6** I, 417.
Eliminazione del piombo nel saturnismo, **2**, 644.
— dei bacilli tubercolari, **4** II, 19.
— dei batterii, **5** II, 168.
Elixir acido di Haller nello scorbuto, **2**, 619.
Elmintiasi, **6** II, 42; XLV.
Elmo neurastenico, **6** III, 442, 623.
Emafeina, **3** II, 265.
Emafeismo, **3** II, 265.
— secondario, **3** II, 321.
Ematemesi, **3** I, 402.
— nel cancro dello stomaco, **3** I, 385.
— nelle crisi gastriche della tabe, **3** I, 367.
— nell'ulcera gastrica, **3** I, 361.
— od emottisi? **3** I, 403.
— rossa, **3** I, 403.
Ematidrosi, **2**, 475.
Ematimetro, **2**, 498.
Ematocele sopraepatico, **3** II, 377.
Ematochiluria, **5** II, 119.
Ematofobia, **6** III, 321.
Ematolisi nel morbo d'Addison, **5** II, 388.
Ematologia. V. *Sangue*.
Ematoma della dura madre, **6** II, 55.
Ematomielia, **6** I, 497, 503.
— centrale traumatica, **6** I, 467.
Ematopoiesi, **2**, 559.
Ematorachide, **6** I, 5C3.
Ematozoari nel sangue, **1** II, 400, 418.
— (Sporulazione dei), **1** II, 400.
Ematozoario della febbre ricorrente, **2**, 513.
— di Laveran, **1** I, 23, 79; **1** II, 8, 363; **2**, 511.
Ematuria, **5** II, 106, 176.
— emofillica, **5** II, 119.
— intermittente, **5** II, 120.
— in tumori della vescica, **5** II, 113.
— — del rene, **5** II, 114, 298.
— nei prostatici, **5** II, 117.
— nella cistite, **5** II, 115.

Ematuria nella tubercolosi vescicale, **5** II, 115.
— nelle nefriti, **5** II, 117, 185.
— renale, **5** II, 109.
— spontanea, **5** II, 113.
— traumatica, **5** II, 111.
— — da calcoli, **5** II, 111.
— — da decompressione, **5** II, 112.
Ematurie diverse, **5** II, 119.
Emazie (Mobilità delle), **2**, 523.
— nucleate nel sangue, **2**, 516.
Embolismo, **5** I, 360.
— actinomicotico, **1** II, 156.
— cerebrale, **6** I, 140.
— cristallino, **4** I, 401.
— crociato, **4** I, 397; **5** I, 361.
— di granulazione pigmentaria, **4** I, 412.
— idatideo, **4** I, 412.
— micotico, **1** I, 95, 126.
— paradossale, **4** I, 397.
— pigmentario capillare nella cirrosi pigmentaria, **5** II, 162.
— polmonare nella flemmasia, **5** I, 416.
Embriocardia, **5** I, 108.
— nella steatosi cardiaca, **5** I, 96.
Embrione esacanto, **5** II, 505.
Emetici. V. *Vomitivi.*
Emialbumosi. V. *Propeptone.*
Emianestesia, **6** I, 85.
— alterna, **6** I, 54.
— isterica, **6** III, 491.
— locale, **5** I, 3.
— nel saturnismo, **2**, 642.
— sensitivo-sensoriale, **6** I, 153.
Emianopia, **6** I, 23, 90.
— laterale negli isterici, **6** III, 489.
Emiatassia, **6** I, 44.
Emiatetosi, **6** I, 44.
— infantile, **6** I, 199.
Emiatrofia della lingua, **6** I, 379.
— facciale progressiva, **2**, 460; **6** III, 627.
— — nella paralisi progressiva, **6** III, 636.
— — nella sclerosi multipla, **6** III, 636.
— — nella siringomielia, **6** III, 636.
— — nella tabe, **6** III, 636.
Emicorea, **6** I, 44.
— nel saturnismo, **2**, 641.
— postemiplegica, **6** III, 367, 395.
— sintomatica, **6** III, 412.
Emicrania, **6** II, 388; **6** III, 607; CXV.
— angioparalitica, **6** III, 607.
— d'origine nasale, **4** I, 40.
— ed epilessia, **6** III, 620.
— neuroparalitica, **6** III, 607, 621.
— oftalmica, **6** I, 95; **6** III, 50, 55, 525.
Emicrania oftalmica nella paralisi generale progressiva, **6** III, 30, 50, 55.
— oftalmoplegica, **6** II, 334.
— simpatico-paralitica, **6** III, 621.
— — tonica, **6** III, 607-621.
— volgare, **6** III, 616.
Emiipertrofia della faccia, **6** III, 636.
Emineurastenia, **6** III, 449.
Emiopia. V. *Emianopia.*
Emiparalisi bulbare cronica, **4** I, 106.
— del velopendolo, **6** I, 380.
Emiparaplegia spinale con emianestesia crociata, **6** I, 494.
Emiplegia, **6** I, 34; CV.
— alterna di Gübler, **6** II, 99, 326.
— — nelle lesioni della protuberanza, **6** I, 262.
— bilaterale, **6** I, 54.
— bulbo-protuberanziale, **6** I, 53.
— capsulare, **6** I, 51.
— cerebrale, **6** I, 36.
— — infantile, **6** I, 323.
— confermata, **6** I, 172.
— corticale, **6** I, 51.
— crociata, **6** II, 97.
— — nelle lesioni cerebellari, **6** I, 239.
— diabetica, **6** I, 59.
— diretta nelle lesioni cerebellari, **6** I, 239.
— facciale inferiore, **6** I, 155.
— interna nelle lesioni dei peduncoli, **6** I, 265.
— isterica, **6** I, 61; **6** III, 518.
— malarica, **6** I, 60.
— nella sifilide cerebrale, **6** II, 93.
— nel morbo di Parkinson, **6** I, 61.
— peduncolare, **6** I, 52.
— pleurica, **6** I, 60.
— pneumonica, **6** I, 59.
— sifilitica, **6** I, 60; **6** II, 94.
— spasmodica infantile, **6** I, 189, 197, 446.
— spinale, **6** I, 53.
— — acuta dei bambini, **6** I, 54.
— — con emianestesia crociata, **6** I, 494.
— tabica, **6** I, 57.
— uremica, **6** I, 58.
Emiscotoma nell'emicrania, **6** III, 610.
Emisistolia, **5** I, 300.
Emispasmo glossolabiale, **6** I, 61; **6** III, 520.
Emitermia, **6** I, 169.
Emitremito, **6** I, 53.
Emmerich (V. *Bacillo di*).
Emofilia, **4** I, 19.
Emoglobinemia, **2**, 533; **5** II, 130.
Emoglobinuria, **5** II, 52, 119.

Emoglobinuria *a frigore*, **5** II, 120, 132.
— da digiuno, **5** II, 135.
— da lavoro, **5** II, 135.
— essenziale parossistica, **5** II, 120.
— malarica, **5** II, 118, 124.
— mestruale, **5** II, 135.
— parossistica e sifilide, **5** II, 135.
— — o da freddo, **6** II, 495.
— psichica, **5** II, 135.
— sperimentale, **5** II, 126.
Emoglobinurie sintomatiche, **5** II, 125.
Emometro di Fleischl, **2**, 506.
Emopericardio, **5** I, 66.
— traumatico, **5** I, 66.
Emopneumopericardio, **5** I, 67.
Emorragia, **1** I, 94.
— boccale, **3** I, 9.
— — nel diabete, **3** I, 9.
— — nella leucemia, **3** I, 9; XXXI.
— bulbare, **6** I, 295.
— capillare nella psoriasi, **2**, 429, 433.
— cerebellare, **6** I, 236.
— cerebrale, **6** I, 160.
— — nella pertosse, **4** I, 254.
— — puntiforme, **6** I, 162.
— da cause nervose, **6** II, 495.
— del pancreas, **3** I, 422.
— della protuberanza, **6** I, 261.
— dell'esofago, **3** I, 463.
— difterica, **3** I, 192.
— faringea, **3** I, 43.
— gastrointestinale nei cirrotici, **3** II, 422.
— intermittente, **1** II, 409.
— interna, **3** II, 196.
— — da aneurisma, **5** I, 481.
— intestinale, **3** II, 121.
— — nel tifo, **1** II, 237, 276; XLIV.
— intracerebrale, **6** II, 89.
— meningea, **6** II, 49, 54, 63, 69.
— — nell'alcoolismo, **2**, 689.
— — nella pertosse, **6** I, 254.
— mestruale e mania, **6** III, 86.
— nel colèra infantile, **3** II, 25.
— nel fosforismo acuto, **2**, 673.
— nella cachessia palustre, **1** II, 410.
— nella cianosi, **5** I, 285.
— nella cirrosi, **3** II, 422.
— — ipertrofica, **3** II, 432.
— nella febbre ricorrente, **1** II, 553.
— — gialla, **1** II, 508.
— nelle linfadeniti, **2**, 598.
— nell'influenza, **1** II, 327.
— nell'isterismo, **6** III, 530.
— nello scorbuto, **2**, 609.
Emorragia nell'ulcera gastrica, **3** I, 350.
— nel morfinismo, **6** III, 187.
— polmonare, **4** I, 414.
— retinica nell'anemia perniciosa progressiva, **2**, 561.
— spontanea, **4** I, 9.
— vicaria, **4** I, 417.
Emorroidi, **3** II, 66; XLIII.
— esterne, **3** II, 68.
— interne, **3** II, 68.
— negli obesi, **1** I, 337.
— nella gotta, **1** I, 451.
— nell'enfisema, **4** I, 435.
Emottisi, **4** II, 100, 101, 110, 115, 168, 175, 211, 256.
— a fiotti, **4** II, 102.
— complementare, **4** II, 102.
— da infarto polmonare, **4** I, 406.
— franca, **4** I, 406; LXXIX.
— fulminante, **4** I, 355.
— nel cancro polmonare, **4** I, 498.
— nella congestione polmonale, **4** I, 374, 384.
— nella dilatazione bronchiale, **4** I, 354.
— nella sifilide polmonare, **4** I, 481.
— nella tubercolosi, **4** II, 256.
— nelle cisti idatidi polmonari, **4** I, 516.
— supplementare, **4** II, 102, 256.
— tubercolare intermittente, **4** II, 102.
Emozioni, **6** III, 214.
Empiastro di Vigo nella tricofizia, **2**, 338; XVI.
— — nel lichen di Wilson, **2**, 453.
Empiema *necessitatis*, **4** II, 471, 480.
— pulsatile, **4** II, 431; **5** I, 485.
Emprostotono, **6** III, 561.
Enantema bronchiale, **4** I, 232.
— mucoso nella pertosse, **4** I, 251.
— nella rubeola, **2**, 123.
— nel vaiuolo, **2**, 143.
Enantemi nella varicella, **2**, 174.
Encefalalgia sifilitica, **6** II, 91.
Encefalite acuta primitiva, **6** I, 180.
— a focolai circoscritti, **6** II, 87.
— congenita di Virchow, **6** I, 193.
— cronica interstiziale diffusa, **6** III, 3.
— gommosa diffusa, **6** II, 87.
— interstiziale, **6** III, 6, 22.
— parenchimatosa, **6** III, 6, 22.
— sifilitica, **6** II, 87.
— — sclerosante, **6** II, 88.
— tuberosa, **6** I, 215.
Encefalomalacia, **6** I, 138.
Encefalopatia saturnina, **2**, 628, 638; **6** II, 233.
Encondroma cistico del pericardio, **5** I, 71.
Endermosi, **4** I, 282, 303.

Endoarterite deformante, 5 I, 386.
— dei *vasa vasorum*, 5 I, 391.
— obliterante progressiva, 5 I, 392, 403.
Endocardite, 1 I, 75.
— acuta, 5 I, 139; LXXXVIII.
— a forma cardiaca, 5 I, 180.
— — meningea, 5 I, 180.
— — piemica, 5 I, 178.
— — tifoidea, 5 I, 178.
— *a frigore*, 5 I, 139.
— blenorragica, 5 I, 147.
— coreica, 6 III, 391.
— cronica, 5 I, 162.
— da erisipela, 2, 240.
— da nefrite, 5 I, 162.
— delle gravide, 5 I, 146.
— infettiva (ulcerosa, infettante, vegetante), 1 II, 263; 5 I, 154.
— malarica, 5 I, 152.
— (Microbiologia della), 1 I, 75.
— necrotica, 5 I, 165.
— nel diabete, 5 I, 162.
— nelle angine, 5 I, 60.
— nelle malattie infettive, 5 I, 143.
— nell'eritema nodoso, 5 I, 145.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 I, 140.
— per propagazione, 5 I, 140.
— pneumonica, 4 II, 304, 352; 5 I, 149.
— poliposa ulcerativa, 5 I, 147.
— primitiva, 5 I, 139.
— proliferante granulosa, 5 I, 163.
— puerperale, 5 I, 146.
— scarlattinosa, 2, 63.
— semplice od infettiva attenuata, 5 I, 139.
— suppurativa, 5 I, 166.
— traumatica, 5 I, 140.
— tubercolare, 5 I, 150.
— vaiuolosa, 2, 158.
— verrucosa, 5 I, 168.
Endofasia, 6 III, 219.
Endopericardite preartropatica, 5 II, 21.
Enfisema complementare, 4 I, 427.
— (compressione del torace nell'), 4 I, 440.
— da bronchite, 4 I, 333.
— da sforzo, 4 I, 428.
— dei tubercolotici, 4 I, 424, 431; 4 II, 69, 97.
— eccessivo, 4 I, 424.
— espiratorio, 4 I, 428.
— essenziale, 4 I, 430; LXXIII.
— e tubercolosi, 4 I, 424, 431; 4 II, 69, 97.
— inspiratorio dispnoico, 4 I, 427.
— interlobulare o interstiziale, 4 I, 425; 4 II, 369.
— mediastinico, 4 I, 425.
Enfisema nei gobbi, 4 I, 426.
— nei suonatori, 4 I, 429.
— nella pertosse, 4 I, 254.
— parziale, 4 I, 425.
— polmonare, 4 I, 420.
— — causa di pneumotorace, 4 II, 532.
— reticolato dei tisici, 4 I, 424; 4 II, 97.
— senile, 4 I, 424.
— sottocutaneo, 4 I, 425.
— sottopleurico, 4 I, 425.
— sperimentale, 4 I, 427.
— vescicolare, 4 I, 337.
— — acuto, 4 I, 425.
— vicariante o complementare, 4 I, 427.
Engelmann (V. *Batteriopurpurina di*).
Enterite acuta, 3 II, 9, 16; XLI.
— acuta desquamativa, 1 II, 461.
— — sperimentale, 3 II, 11.
— coleriforme, 3 II, 12.
— — di Bouchut. V. *Colèra infantile*.
— cronica, 3 II, 10, 13, 16.
— dissenteriforme, 3 II, 12.
— fetida dei bambini, 3 II, 27.
— interstiziale, 3 II, 17.
— membranosa, 3 II, 17.
— microbica, 3 II, 8.
— morbillosa, 2, 89.
— muco-membranosa, 3 II, 17.
— pellagrosa, 2, 754.
— pretubercolare, 3 II, 34.
— tifoide, 3 II, 12.
— tossica, 3 II, 9.
— tubercolare, 3 II, 31; XLII.
— — dissenterica, 3 II, 39.
Enteroclisi forzata nell'occlusione intestinale, 3 II, 95.
— nel colèra, 1 II, 472, 504, 505.
— nell'uremia, 5 II, 243.
Enteroclismi disinfettanti nel colèra, 1 II, 502.
— — nella tifoide, 1 II, 281.
Enterocolite cronica, 3 II, 13.
Enterorragia da cancro, 4 II, 125.
— da dissenteria, 3 II, 124.
— da enterite tubercolare, 3 II, 124.
— da parassiti, 3 II, 123.
— da ulcera duodenale, 3 II, 124.
— nella dissenteria, 3 II, 114.
— nella malaria, 3 II, 126.
— nella tubercolosi, 3 II, 62.
— nell'emofilia, 3 II, 126.
— nel tifo, 3 II, 62, 124.
Epatismo, 1 I, 397.
Epatite nodulare, 3 II, 487.
— parenchimatosa nodulare, 3 II, 453.

Epatite parenchimatosa nodulare da malaria, **1** II, 392.
— tubercolare grassa ipertrofica, **3** II, 484.
Epatizzazione grigia nella polmonite, **4** II, 296.
— rossa nella polmonite, **4** II, 296.
Epatonefrite acuta, **3** II, 333.
Epidemie di colèra, **1** II, 433.
— di dissenteria, **3** II, 105.
— di ergotismo, **6** I, 307.
— di febbre gialla, **1** II, 506, 511.
— — mediterranea, **1** II, 522.
— — ricorrente, **1** II, 547.
— di ileo-tifo, **1** II, 205.
— d'imbarazzo gastrico, **3** I, 311.
— di miliare, **2**, 199.
— di morbillo, **2**, 85.
— d'influenza, **1** II, 294.
— di orecchioni, **2**, 212.
— di paralisi infantili, **1** I, 77; **6** I, 324.
— di pertosse, **4** I, 252, 259.
— di polmonite, **4** II, 314.
— di psicosi, **6** III, 316.
— di rabbia, **1** I, 68.
— di reumatismo articolare acuto, **3** II, 7.
— di rubeola, **2**, 121.
— di saturnismo, **2**, 631.
— di scarlattina, **2**, 46.
— di sifilide, **2**, 264.
— di tetania, **6** II, 525, 528, 529.
— di vaiuolo, **2**, 130.
— di varicella, **2**, 169.
— di zoster, **2**, 449.
— d'itterizia, **3** II, 318.
— dopo rivolgimenti del terreno, **1** I, 27.
— tifomalariche, **1** II, 254.
Enterorragie da costipazione, **3** II, 123.
Epididimite blenorragica, **2**, 313.
Epifora nella tabe, **6** I, 374.
Epigastralgia, **6** II, 391.
Epilessia, **6** III, 458; CXIV.
— alcoolica, **6** III, 183.
— con *ictus* laringeo, **4** I, 138.
— d'origine spinale, **6** III, 471.
— e tubercolosi, **4** II, 36.
— jacsoniana, **6** I, 71.
— larvata, **6** III, 466.
— — e pazzia morale, **6** III, 289.
— malarica, **1** II, 411.
— minore, **6** I, 74.
— motrice nella paralisi generale progressiva, **6** III, 29.
— nella sifilide cerebrale, **6** II, 100.
— nelle encefalopatie infantili, **6** I, 204.
— parziale, **6** I, 73; **6** III, 512.
Epilessia politica, **6** III, 297, 298.
— polmonare di Avicenna, **4** I, 236.
— preapoplettica, **6** I, 33.
— procursiva, **6** III, 464.
— sensitiva nella paralisi generale progressiva, **6** III, 29, 55.
— simulata, **6** III, 475.
Epistassi, **4** I, 9; LIII.
— critica, **4** I, 22, 24.
— nel morbo di Werlhof, **2**, 415.
— nel tifo, **1** II, 235.
— nella pertosse, **4** I, 254.
— nelle cardiopatie, **4** I, 20.
— nelle malattie di fegato, **4** I, 20.
— — infettive, **4** I, 21.
— — renali, **4** I, 22.
— nelle tubercolosi, **4** I, 24.
— supplementare, **4** I, 19.
— tardiva, **4** I, 20.
Epitelioma atipico dello stomaco, **3** I, 379.
— cilindrico dello stomaco, **3** I, 379.
— contagioso (Neisser), **2**, 465.
— della tonsilla, **2**, 601.
— di Gaucher, **2**, 601.
— mucoide del rene, **3** II, 316.
— pavimentoso dello stomaco, **3** I, 380.
— tonsillare, **3** I, 115.
— trabecolare del fegato, **3** II, 414.
— — della bocca, **3** I, 33.
Epizoozie del pollame, **1** II, 8.
Equivalenti emicranici, **6** III, 616.
— epilettici, **6** I, 78; **6** III, 466.
Eredità artritica, **6** III, 11.
— congestiva, **6** III, 11.
— dal lato delle sostanze chimiche, **1** I, 49.
— dissimilare, **6** III, 11.
— di trasformazione, **6** III, 252, 469, 480.
— eziologica, **1** I, 36.
— funzionale, **3** I, 318.
— morbosa, **1** I, 48; **6** III, 252.
— negli obesi, **1** I, 337.
— nel colèra, **1** I, 39.
— nel diabete, **1** I, 366.
— nel morbillo, **1** I, 40.
— nel morbo di Basedow, **6** II, 471.
— nel rachitismo, **1** I, 304.
— nel reumatismo articolare acuto, **1** I, 40, 78; **3** II, 8.
— — cronico progressivo, **1** I, 480.
— nella corea, **6** III, 372.
— nella degenerazione, **6** III, 252.
— nella febbre intermittente, **1** I, 40.
— — ricorrente, **1** I, 40.
— — tifoide, **1** I, 39.

Eredità nella gotta, 1 I, 448.
— nell'alcoolismo, 2, 688.
— nella lebbra, 2, 376.
— nella mania, 6 III, 86, 131.
— nella morva, 1 I, 40.
— nell'aneurisma aortico, 5 I, 457.
— nella paralisi bulbare progressiva, 6 I, 284.
— nella paranoia tardiva, 6 III, 234.
— nella pazzia periodica, 6 III, 203.
— nella peste, 1 I, 40.
— nella rabbia, 1 I, 40.
— nella risipola, 1 I, 40.
— nella sifilide, 1 I, 41.
— nella tabe, 6 I, 414.
— nella tubercolosi, 1 I, 42, 121; 4 II, 31.
— nelle cardiopatie, 5 I, 75.
— nelle emorroidi, 3 II, 67.
— nelle febbri eruttive, 2, 33.
— nell'emicrania, 6 III, 608.
— nell'enfisema, 4 I, 429.
— nell'epilessia, 6 III, 469.
— nell'isterismo, 6 III, 480.
— nell'ittiosi, 2, 393.
— nervosa, 6 III, 11.
— neurartritica e neurastenia, 6 III, 440.
— neuropatica, 6 II, 318; 6 III, 86, 252.
— pneumonica, 4 II, 311.
— scrofolosa, 1 I, 230.
— similare, 6 III, 11, 252, 469, 480.
— vaccinale, 2, 190.
Eredoalcoolismo, 6 III, 183.
Eredoatassia cerebellare, 6 I, 69, 252, 425.
Eredotrofopatie, 4 I, 283.
Eretismo cardiaco, 5 I, 204; LXXXIX.
Erezione nella rabbia, 1 II, 94.
— spasmodica nel tetano, 6 III, 562.
Ergotina nei sudori notturni dei tisici, 4 II, 257; LXXX.
— nel tumor di milza da malaria, 1 II, 427.
— nella neurastenia; CXIII.
— nella porpora reumatoide, 2, 413.
— nelle menorragie delle clorotiche, 2, 555.
— nell'ematemesi, 3 I, 408.
— nell'emottisi dei tisici, 4 II, 256; LXXIX.
— nell'eritema polimorfo, 2, 405.
— nell'insolazione, 2, 792.
— nell'orticaria; XIX.
Ergotinina nel diabete, 1 I, 434.
Ergotismo, 6 I, 307; 6 III, 177, 178.
— convulsivo, 2, 771.
Erisipela, 1 I, 41; 2, 221; XI.
— bianca, 2, 242.
— catameniale, 2, 490.
— del cuoio capelluto, 2, 234.
Erisipela delle mucose, 2, 236.
— e allattamento, 2, 249.
— e gravidanza, 2, 244.
— e mestruazione, 2, 245.
— estiva, 2, 742.
— e suppurazione, 2, 224, 236.
— e tubercolosi, 4 II, 176.
— intermittente, 2, 236.
— interna, 2, 224, 237, 243.
— migrante, 2, 234.
— nella bocca, 2, 237.
— periodica, 2, 236.
— salutare, 2, 226.
— scirroide, 2, 231.
— (Trasmissione intraplacentare della), 2, 229.
— vaccinica, 2, 186.
Eritema anale nel colèra infantile, 3 II, 23.
— anulare, 2, 401.
— blenorragico, 2, 321.
— centrifugo. V. *Lupus eritematoso*.
— contusiforme, 2, 401.
— da luce elettrica, 2, 399.
— da scottatura, 2, 399.
— della gestazione, 2, 443.
— essudativo multiforme (Kaposi), 2, 400.
— figurato, 2, 401.
— *hydroa*, 2, 402.
— indurito, 2, 403.
— intertriginoso, 2, 353, 399.
— *iris*, 2, 401.
— maculo-papuloso di Zeissl, 2, 289.
— medicamentoso, 2, 399.
— nodoso, 2, 242, 401.
— papuloso, 2, 401.
— — posterosivo, 2, 291.
— pellagroso, 2, 159, 406.
— pernio (o geloni), 2, 399, 405.
— polimorfo di Hebra, 2, 178, 242, 400, 412.
— — idrargirico, 2, 485.
— scarlattiniforme desquamativo, 2, 75.
— solare, 2, 399.
— tricofitico crurale, 2, 334.
Eritemi, 2, 399.
Eritrasma, 2, 355.
Eritrodermia desquamativo, 2, 426.
Eritromelalgia, 6 I, 464; 6 II, 435.
— nell'emicrania, 6 III, 614.
— V. *Mal. di Weir-Mitchell*, 6 II, 500.
Eritropsia nella paralisi generale progressiva, 6 III, 35.
Ermafrodiasi psicosessuale, 6 III, 339.
Ermafroditismo, 6 III, 260, 338.
Ernia di Rieux, 3 II, 84.
— retroperitoneale di Treitz, 3 II, 84.

Erotomania, 6 III, 306, 335.
Erpete, 2, 439; XXI.
— circinnato, 2, 333, 443.
— congiuntivale, 2, 441.
— cretaceo (Devergie), 2, 372, 443.
— della gestazione, 2, 443.
— della pituitaria, 2, 441.
— delle gravide di Milton, 2, 443.
— faringeo, 3 I, 82.
— febbrile, 2, 440, 442.
— generalizzato, 2, 442.
— genitale, 2, 274.
— *iris* di Bateman, 2, 443.
— labiale, 4 I, 324.
— — nell'ileo-tifo, 2, 444.
— maligno desquamante di Bazin, 2, 431.
— mestruale, 2, 440.
— nella meningite, 2, 444.
— nella polmonite, 2, 444; 4 II, 328.
— nevralgico dei genitali, 2, 441; 6 II, 392.
— progenitale, 2, 442.
— recidivante, 2, 441.
— scorbutico, 2, 610.
— tonsurante, 2, 333.
— — maculoso (Hebra e Kaposi), 2, 428.
— vacciniforme, 2, 184.
— — nella sifilide ereditaria, 2, 291.
— zoster, 2, 445.
Erpetide maligna esfogliatrice, 2, 456.
Erpetismo, 3 I, 273, 330; 4 I, 234, 283.
— e ateroma, 5 I, 395.
Errore di localizzazione delle sensazioni, 6 I, 372.
Eruzione ai genitali nell'arsenicismo, 2, 668.
— nel tifo petecchiale, 2, 14.
— nella miliare, 2, 204.
— nella rubeola, 2, 122.
— nella scarlattina, 2, 51.
— vaiuolosa, 2, 131, 164.
— varicellosa, 2, 172.
Eruzioni arsenicali, 2, 668.
— blenorragiche, 2, 75, 321.
— cutanee da mercurio, 2, 654.
— — nel colèra, 1 II, 475.
— — nel dengue, 1 II, 343, 345.
— — nella blenorragia, 2, 321.
— — nella dermatomiosite, 6 II, 484.
— — nelle angine, 4 I, 60.
— — nell'influenza, 1 II, 328.
— da neuriti, 6 II, 156.
— difteriche, 3 I, 192; 2, 76.
— medicamentose, 2, 75, 178, 242, 403, 483, 484.
— mestruali, 2, 489.
Eruzioni per autointossicazione, 2, 484.
— scarlattiniformi nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 33.
— vaccinoidi, 2, 183.
— zosteriane dei salicilici, 2, 484.
— — dell'avvelenamento da ossido di carbonio, 2, 484.
— zosteriformi, 2, 450.
Esalgina nella corea, 6 III, 397.
— nell'*angina pectoris*; XCVI.
— nella mania; CXI.
— nella nevralgia faringea; XXXI.
— — laringea; LVII.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 45.
Esaltamento maniaco, 6 III, 197.
Esaltati, 6 III, 293.
Esaltazione mentale, 6 III, 361.
Esame batteriologico del pus nelle pleuriti purulente, 4 II, 421, 475, 481.
— del contenuto gastrico, 3 I, 244.
— microscopico del contenuto gastrico, 3 I, 256.
— — nella broncopolmonite, 6 II, 392.
— — nella gangrena polmonare, 4 II, 410.
— — nella pleurite, 4 II, 421, 470, 475, 488.
— — nella polmonite, 4 II, 345.
— — nella tubercolosi polmonare, 4 II, 13.
Esantema bolloso da salicilici, 2, 484.
— morbilliforme dell'antipirina, 2, 484.
— nel morbillo, 2, 86, 92.
Esantemi da setticemia, 2, 76.
— intermittenti, 1 II, 409.
— medicamentosi patogenetici (Bazin), 2, 484.
— — specifici (Behrend), 2, 483.
— mercuriali, 2, 485.
— nella febbre gialla, 1 II, 507.
— nella malaria, 1 II, 398.
— nel vaiuolo, 2, 141.
Esaurimento dei terreni di coltura, 1 I, 187.
Escara sacrale nella paralisi generale progressiva, 6 III, 48.
Escherich (V. *Bacillo di*).
Escisione del sifiloma iniziale, 2, 297.
Eserina nella corea; CXII.
Esibizionisti, 6 III, 338.
Esofagismo, 3 I, 470; 5 I, 473.
— isterico, 6 III, 527.
Esofagite, 3 I, 437.
— catarrale o desquamativa, 3 I, 438.
— corrosiva o tossica, 3 I, 441.
— epiteliale cronica, 3 I, 438.
— esfoliativa, 3 I, 439.
— flemmonosa o purulenta, 3 I, 440.
— follicolare, 3 I, 439.
— vaiuolosa, 3 I, 440.

Esofagomalacia, **3** I, 459.
Esofago (Perforazione dell'), **4** II, 283.
Esofagoscopio di Leiter-Miculicz, **3** I, 449.
— di Löwe, **3** I, 450.
— di Störk, **3** I, 449.
Esofagospasmo, **3** I, 470.
Esoftalmo nella tabe, **6** I, 374.
— nel morbo di Basedow, **6** II, 462.
Esotiropexia, **6** II, 471.
Esperienza di Rinne, **6** III, 487, 551.
— di Weber, **6** III, 551.
Esperienze di Waller sulle vie di degenerazione midollare, **6** I, 410.
Espettoranti nei tisici, **6** II, 258; LXXXI.
— nella bronchiettasia, **6** I, 363.
— nella broncopolmonite, **4** II, 396.
— nelle bronchiti, **4** I, 297; LXIX.
Essenza di menta nella tisi, **4** II, 232, 233; LXXV.
— di timo nella pertosse, **4** I, 265.
— di trementina nella porpora infettiva, **2**, 415.
— — nella risipola, **2**, 252.
— — nella tisi, **4** II, 232; LXXV.
— — nell'avvelenamento da fosforo, **2**, 673; XXVI.
Essudato peritoneale siero-purulento, **3** II, 188.
— — purulento, **3** II, 188.
— spiroide, **4** I, 225, 238.
Estasi nell'isterismo, **6** III, 513.
Estesiometria nei malinconici, **6** III, 14.
— nella mania, **6** III, 91.
Estirpazione del pancreas, **1** I, 411; **3** I, 415.
Estländer (Operazione di), **4** I, 520; **4** II, 495.
Estofilassi, **6** III, 263.
Estratto etereo di felce maschio. V. *Felce maschio.*
Età delle arterie (Cazalis), **5** I, 399.
— e malattie, **1** I, 50.
Eteralbuminuria, **5** II, 182.
Eteralbuminuria di Semmola, **5** II, 56.
Eterismo, **6** III, 177.
Etere amilvalerianico nella litiasi biliare, **3** II, 309.
— nel colèra, **1** II, 496.
— nel diabete, **1** I, 438.
— nella dispnea dei tisici, **4** II, 258; LXXXI, LXXXIII.
— nella litiasi biliare; XLVIII.
— nell'*angina pectoris*, **5** I, 326.
— nella pertosse, **4** I, 264.
— nella sincope; XCVII.
— nella scarlattina, **2**, 80.
— nell'avvelenamento da cocaina, **2**, 707; XXVII.
— nel vaiuolo, **2**, 165; X.
Eterocronia sessuale, **6** III, 339.
Eterosessualità, **6** III, 337.
Etilismo gastrico, **3** II, 429.
Etossicaffeina nell'emicrania, **6** III, 626; CXV.
Eucalipto nella bronchite cronica, **4** I, 309 LXXI.
— nel pseudotifo, **4** II, 540.
— nella difterite, **3** I, 216; XXXIII.
— nella malaria, **1** II, 426.
— nelle bronchiti, **4** I, 295; LXVIII.
— nell'actinomicosi, **1** II, 164.
Eucaliptol nella gangrena bronchiale, **4** I, 343; LXXII.
— nella pertosse, **4** I, 264; LXII.
— nella tisi, **4** II, 232; LXXV.
— nell'influenza, **1** I, 338.
Euphorbia pilulifera nell'asma; LXI.
Euforia cocainica, **6** III, 188.
— dei tisici, **4** II, 143.
— morfinica, **6** III, 184.
Eunuco (Voce di), **4** I, 130.
Eupeptici; XXXV, XXXVI, XXXVII.
Eurofene nell'ozena; LVI.

F

Facies acromegalica, **6** II, 431.
— amiotrofica, **6** III, 342.
— colerica, **1** II, 503.
— di Duchenne-Landouzy, **6** II, 286.
— di Hutchinson, **6** I, 269; **6** II, 333, 335.
— miopatica, **6** I, 270; **6** II, 411, 416, 426.
— mitralica, **5** I, 235, 247.
— mixoedematosa, **6** II, 445.
Facies oftalmoplegica, **6** I, 268.
— parkinsoniana, **6** III, 428.
— peritonitica, **3** II, 192, 195, 305.
— tifica, **2**, 18.
Fagedenismo delle labbra di Bergeron, **2**, 102.
— del sifiloma, **2**, 172.
— terebrante nell'ulcera molle, **2**, 302.
— tracheobronchiale, **4** I, 471.

Fagocitismo di Metchnikoff, 1 I, 27, 115; 1 II, 40, 217, 306, 400, 422; 4 II, 77, 166, 194, 330, 476.
— nella malaria, 1 II, 306.
— nella polmonite, 4 II, 330, 476.
Fagopirismo, 2, 777.
Falda acquea sotterranea nel colèra, 1 II, 443.
— — — nel tifo, 1 II, 197.
Falsa fluttuazione profonda nella cirrosi ipertrofica, 3 II, 430.
— proiezione nelle oftalmoplegie, 6 II, 331.
— ptosi isterica, 6 III, 519.
False membrane nella peritonite acuta, 3 II, 188.
Falsi regicidi, 6 III, 299.
Falso passo (*Faux pas*) del cuore, 3 I, 194.
— polso venoso, 5 I, 242.
— strozzamento nell'appendicite, 3 II, 51.
— vaccino, 2, 183.
Fames cocainica, 6 III, 189.
— morfinica, 6 III, 189.
Fanatismo politico, 6 III, 297.
Fanghi, 1 I, 494.
Faradireometria, 6 III, 91.
Faradizzazione nella rabbia, 1 II, 101.
— nel tumore di milza da malaria, 1 II, 427.
Farcino, 1 II, 48.
— acuto, 1 II, 59.
— cronico, 1 II, 59.
Farcinosi mutilante della faccia, 1 II, 62.
Faringite catarrale, 3 I, 65.
— — cronica, 3 I, 136.
— follicolare ipertrofica, 3 I, 136.
— — — parossistica, 3 I, 140.
— ipertrofica dei bambini linfatici, 3 I, 122.
— — diffusa, 3 I, 112.
— — — continua, 3 I, 140.
— laterale, 3 I, 139.
— scrofolosa follicolare, 3 I, 138.
— secca, 3 I, 129.
Faringo-tifo, 1 II, 250; 3 I, 90.
Fase preitterica della cirrosi ipertrofica, 3 II, 314, 330, 429.
— presuppurativa nell'ascesso epatico, 3 II, 367.
Fatica e malattie, 1 I, 60.
Fatuità, 6 III, 275.
Fava del Calabar nella tabe; CVI.
— di Sant'Ignazio nell'anemia cerebrale; CV.
— — nell'angina di petto; XCVII.
Favo, 2, 341; XIV.
— cutaneo, 2, 341.
— del capillizio, 2, 343.
— delle parti glabre, 2, 845. V. *Favo della pelle.*
Favo erpetico, 2, 342.
— ungueale, 2, 345.
Febbre, 1 I, 84.
— aftosa, 3 I, 21.
— — dei bovini, 1 I, 7; 3 I, 21.
— — — e scarlattina, 2, 44.
— anemica, 2, 561.
— angiotenica, 5 I, 364.
— anticipante, 1 II, 397.
— articolare dei paesi caldi, 1 II, 340.
— atassico-adinamica, 1 II, 249.
— bacillare pretubercolare a forma tifoide, 4 II, 160.
— bianca, 5 II, 18.
— biliosa emoglobinurica, 1 II, 402; 3 II, 452; 5 II, 124.
— — emorragica, 1 II, 402.
— — malarica, 1 II, 402.
— broncosettica, 3 II, 284.
— calda, 1 II, 401.
— canina, 1 II, 255.
— catarrale, 1 II, 539.
— climatica, 1 II, 521, 537.
— comitata, 1 II, 403.
— — pneumonica, 4 II, 341.
— consecutiva alla scarlattina, 2, 54.
— continua, 1 II, 401.
— — epidemica, 1 II, 521.
— — malarica a forma tifoide, 1 II, 419.
— da carestia, 2, 26.
— d'accrescimento, 1 II, 334.
— da fieno, 4 I, 47, 235.
— da idrotionemia, 1 II, 521.
— da malaria, 1 II, 349.
— degli ospedali, 2, 3.
— delle fogne, 1 II, 521.
— di assorbimento, di Jaccoud, 4 II, 123.
— di Malta, 1 II, 521.
— di Napoli, 1 II, 521.
— dispeptica, 1 II, 521.
— dissociata, 6 II, 19, 37.
— di tubercolizzazione, 4 II, 105.
— d'Ungheria, 1 II, 411.
— ematurica, 1 II, 402.
— epatalgica di Charcot, 3 II, 283, 293.
— erpetica, 1 II, 262; 2, 440, 443; 4 II, 362.
— eruttiva, 2, 31.
— etica, 4 II, 116, 123.
— gastrica, 1 II, 402, 418, 419; 3 I, 312, 324.
— — e pseudotifo, 1 II, 533.
— gastro-intestinale, 1 II, 537.
— gialla, 1 II, 506.
— — intermittente, 1 II, 511.
— — sporadica, 1 II, 512.

Febbre gottosa, 1 I, 453.
— infettiva atipica, 1 II, 521.
— infiammatoria, 1 II, 511.
— innominata, 1 II, 521.
— intermittente, 1 II, 349.
— — biliosettica, 3 II, 282.
— — congenita, 1 I, 40.
— — divisa, 1 II, 397.
— — epatica, 1 II, 418; 3 II, 282.
— — sintomatica, 1 II, 418.
— isterica, 6 III, 530.
— itteroematurica da chinino, 5 II, 134.
— locale nella pleurite, 4 II, 426.
— malarica, 1 II, 262, 349, 394, 401, 419, 521.
— — a tipo inverso, 1 II, 397.
— — combinata, 1 II, 411.
— — complicata, 1 II, 411.
— — continua, 1 II, 401.
— maligna degli antichi, 1 II, 249.
— maremmana, 1 II, 349.
— mediterranea, 1 II, 521.
— mefitica, 1 II, 521.
— melanurica, 1 II, 512.
— miliarica, 1 II, 521.
— nella sifilide secondaria, 2, 276.
— nella tetania, 6 II, 523.
— nello zoster, 2, 446.
— ottana, 1 II, 396.
— perniciosa, 1 II, 401.
— — biliare, 1 II, 402.
— — comitata, 1 II, 401.
— — idrofobica, 1 II, 94.
— — solitaria, 1 II, 401.
— polka. V. *Dengue*.
— pregranulica, 4 II, 160.
— proporzionata, 1 II, 402, 411, 413.
— pseudomiliare, 1 II, 536.
— putrida emorragica, 1 II, 249.
— — maligna, 2, 3.
— quartana, 1 II, 396.
— — doppia, 1 II, 397.
— quotidiana, 1 II, 396.
— — doppia, 1 II, 397.
— remittente, 1 II, 521.
— — biliosettica, 3 II, 283.
— — climatica, 1 II, 419.
— — malarica tifoide, 1 II, 262.
— reumatica, 5 II, 3.
— ricorrente, 1 II, 400, 512, 541.
— — congenita, 1 I, 40.
— — cronica, 2, 589.
— — duplicata, 1 II, 551.
— ritardante, 1 II, 397.
— settana, 1 II, 396.
Febbre sifilitica, 1 II, 262.
— subentrante, 1 II, 397.
— sudorale, 1 II, 521.
— suppurativa nel vaiuolo, 2, 145.
— tellurica, 1 II, 349.
— terzana, 1 II, 396.
— — doppia, 1 II, 397.
— tifoide, 1 II, 167.
— — atipica, 1 II, 521.
— — del cavallo, 1 II, 5.
— — (Incubazione della), 1 II, 228.
— — nei fanciulli, 1 II, 272.
— — sperimentale, 1 II, 183.
— — (Trasmissione al feto della), 1 I, 39.
— tifo-malarica, 1 II, 250, 512, 521, 537.
— urbana, 1 II, 521.
— urosettica, 1 II, 419.
— vaccinica, 2, 182.
Febbri eruttive, 2, 31.
— — (Complicazioni delle), 2, 35.
— — (Forma emorragica delle), 2, 34.
— — (Forma nervosa delle), 2, 34.
— — (Recidive delle), 2, 36.
— intermittenti sintomatiche, 1 II, 418.
Febbricola, 1 II, 533.
— pneumonica, 4 II, 335.
— tifosa, 1 II, 521.
Feccia biliare. V. *Sabbia*.
Feci tifiche, 1 I, 29.
Fegato alcoolico sperimentale, 3 II, 396.
— cardiaco, 3 II, 348; 5 I, 298.
— cordato, 5 II, 278.
— delle eclamptiche, 3 II, 494.
— gommoso, 3 II, 472.
— intervertito, 3 II, 355.
— invertito (Sabourin), 3 II, 453.
— nel colèra, 1 II, 462.
— nella dilatazione gastrica, 3 I, 340.
— nella leucemia, 2, 583.
— nella malaria, 1 II, 385, 389, 392, 410.
— nella polmonite, 4 II, 325, 330.
— nel tifo, 1 II, 222.
— noce moscata, 3 II, 354.
— paralitico, 6 III, 27.
— piemico, 3 II, 357.
— sclerogommoso, 3 II, 470.
Fehleisen (Streptococco di), 2, 223.
Felce maschio nell'anchilostomiasi, 3 I, 161; XLVI.
— — nell'elmintiasi, 3 II, 148; XLV.
Feminismo, 6 III, 260, 339.
— e tubercolosi, 4 II, 36.
Fenacetina nella febbre ricorrente, 1 II, 557.
— nella gonorrea; XIII.

Fenacetina nella gotta, 1 I, 476; IV.
— nella malaria, 1 II, 430.
— nella tifoide, 1 II, 266.
— nelle nevralgie, 6 II, 370; III.
— nell'influenza, 1 II, 338; V.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 45; IV, C.
Fenato sodico nella pertosse, 4 I, 264.
Fenditura delle labbra nella sifilide ereditaria, 2, 291.
Fenilsolfato di sodio nelle nevralgie; CIX.
Fenocolla nella malaria, 1 II, 426, 430.
— nelle nevralgie; CVIII.
— nell'influenza, 1 II, 338.
Fenol jodato nella pertosse, 4 I, 264.
— solforicinato nella tisi laringea, 4 I, 216; LX.
— — nelle laringiti croniche, 4 I, 169.
Fenomeni atetoidi nel morbo di Friedreich, 6 I, 419.
— coleriformi nella malaria, 1 II, 405.
— paralitici nella malattia di Friedreich, 6 I, 419.
— vertiginosi nella tabe, 6 I, 376.
Fenomeno del Baccelli, 4 II, 121.
— del dito morto, 5 II, 89.
— del facciale (Schultze), 6 II, 519.
— del Gerhardt, 4 I, 356; 4 II, 119.
— del Wintrich, 4 I, 355; 4 II, 118.
— di Duroziez, 5 I, 224.
— — nella clorosi, 5 I, 225.
— — nell'ileotifo, 5 I, 225.
— — nell'insufficienza aortica, 5 I, 225.
— — nel saturnismo, 5 I, 225.
— di Erb nella tetania, 6 II, 525.
— di Kussmaul, 6 II, 515.
— di Skoda, 4 II, 429.
Fermentazione, 1 I, 13.
— delle urine e litiasi, 5 II, 342.
Fermentazioni idrocarbonate, 1 I, 113.
Fermento della fibrina, 5 I, 351.
Ferro nella clorosi, 2, 552; XXIV.
— nell'anemia cerebrale, 6 I, 132.
— — perniciosa progressiva, 2, 570.
— nell'avvelenamento d'arsenico, 2, 665; XXVI.
— nello scorbuto, 2, 619; XXV.
Fibre elastiche negli sputi, 4 I, 354; 4 II, 113.
Fibrina concreta, 5 I, 350.
— disciolta, 5 I, 351.
— nell'urina, 5 II, 52.
Fibroadenia, 2, 584.
Fibrolipoma renale, 5 II, 361.
Fibroma cerebrale, 6 I, 216.
— del rene, 5 II, 306.
— naso-faringeo, 5 I, 126.
Fibromatosi dei nervi, 2, 482.
— diffusa angiogena, 2, 482.
Fibropericardite, 5 I, 21, 48.
Filaria del sangue (Wucherer), 1 I, 19; 2, 510.
— *diurna*, 2, 510.
— *nocturna*, 2, 510.
— *perstans*, 2, 510.
Filariosi, 2, 511.
Finkler e Prior (V. *Bacillo di*).
Fischietto di Galton, 6 III, 551.
Fisiofobie, 6 III, 318.
Fissazioni allucinatorie, 6 III, 313.
— d'indecisione, 6 III, 314.
— emotive, 6 III, 314.
Fissità del virus della rabbia, 1 II, 102.
Fistola anale nei tisici, 4 II, 261.
— biliare, 5 II, 302.
— — cutanea, 5 II, 303.
— — interna, 5 II, 304.
— epato-bronchiale, 5 II, 519.
Fistole bronchiali, 6 III, 260.
Flagelli, degli ematozoari di Laveran, 2, 512.
Flebite, 5 I, 351, 408; XCVIII.
— blenorragica, 2, 320.
— costituzionale, 5 I, 423, 425.
— emorragica, 5 I, 414.
— generalizzata, 5 I, 427.
— gottosa, 5 I, 425.
— infettiva, 5 I, 410.
— nella cachessia, 5 I, 421, 424.
— nella polmonite, 5 I, 420.
— nella tifoide, 5 I, 419.
— nell'influenza, 5 I, 420.
— nel reumatismo, 5 I, 420.
— sifilitiche, 5 I, 426.
— sopraepatica in cirrosi atrofica, 5 II, 412.
Flebotomia epatica, 5 II, 347.
Fleischl (Emometro di), 2, 506.
Flemmone diffuso della faringe, 5 I, 68.
— — perifaringeo, 5 I, 80.
— — sottopleurico, 4 II, 405.
— laringeo, 5 I, 80.
— periamigdaleo, 4 I, 72.
— retrofaringeo, 5 I, 80; 4 I, 72.
— sottojoideo, 4 I, 72.
— sottoperitoneale, 5 II, 196.
Flemorragia polmonare di Laënnec, 4 I, 304.
Flessibilità cerea dei muscoli nella confusione mentale, 6 III, 147.
Flittenizzazione, 2, 323.
Flussione, 4 I, 376.
— collaterale, 4 I, 405.
— dentaria, 2, 242.
— di petto, 4 I, 375, 385; 4 II, 501.

Fluttuazione intercostale di Tarral, **4** II, 427.
— toracica, **4** II, 520.
— vibratoria di Tripier, **4** II, 427.
Fobie, **6** III, 318.
— altruistiche, **6** III, 323.
Fochier (Cura di), **4** II, 348; **6** II, 26; **6** III, 65.
Folla delinquente, **6** III, 294.
Follia cardiaca nell'asistolia, **5** I, 299.
— con coscienza, **6** III, 451.
— coreica, **6** III, 389.
— d'azione, **6** III, 280.
— degli ereditari, **6** III, 249.
— dei degenerati, **6** III, 340.
— della pubertà, **6** III, 276.
— ereditaria semplice, **6** III, 309.
— gemellare, **6** III, 255.
— isterica, **6** III, 532.
— morale, **6** III, 277.
— paralitica, **6** III, 33.
— tabetica (Déjerine), **6** III, 244.
— terminale dei tisici, **4** II, 143.
Follicoli sifilitici di Brissaud, **4** I, 474.
Follicolite decalvante, **2**, 352.
— suppurata, **2**, 275.
Follicolo tubercoloso, **1** II, 124; **4** II, 72.
Fonofobia di Thaon, **4** I, 84.
Foro di Botallo pervio e stenosi polmonare, **5** I, 257.
Fosfati nella tetania, **6** II, 536.
— nelle discrasie acide, **1** I, 292.
— nell'osteomalacia, **1** I, 319.
Fosfato di calce dei sudori notturni dei tisici, **4** II, 257; LXXX.
— — nell'enterite tubercolare, **5** II, 40; XLII.
— — nel rachitismo, **1** I, 313.
— di soda nella renella dei bambini; II.
— di sodio nell'ossaluria; I.
— di zinco nella siringomielia, **6** I, 469.
Fosforescenza, **1** I, 12.
Fosforismo cronico, **2**, 676.
— professionale, **2**, 671.
Fosforo come afrodisiaco, **2**, 671.
— e gravidanza, **2**, 677.
— nella morva, **1** II, 72.
— nelle tisi, **4** II, 251; LXXVII.
— nell'osteomalacia, **1** I, 319.
— nel rachitismo, **1** I, 310; II.
Fosfuro di zinco nella paralisi labioglossolaringea, **6** I, 288.
— di zinco nella siringomielia; CVI.
Fotobatterii, **1** I, 12.
Fotofobia nella pertosse, **4** I, 252.
— nelle meningiti, **6** II, 18.
— nel morbillo, **2**, 90.
Fotofobia nel morbo di Basedow, **6** II, 463.
Fraenkel (Pneumococco di), **4** I, 276; **4** II, 293.
Fragilità delle coste nella paralisi generale progressiva, **6** III, 27.
— delle ossa degli osteomalacici, **1** I, 316.
Frangie pericardiche, **5** I, 71.
Frattura rachitica, **1** I, 296.
Fratture spontanee nella tabe, **6** I, 381.
— — nella paralisi generale progressiva, **6** III, 48.
Freddo causa di bronchite, **4** I, 277, 327; **4** II, 348.
— — di pleurite, **4** II, 417, 501.
— — di polmonite, **4** II, 318.
— — di scarlattina, **2**, 67.
— nelle neuriti, **4** I, 110.
— umido e tubercolosi, **4** II, 35.
Fremito diastolico nella stenosi mitrale, **5** I, 237.
— epigastrico nella cirrosi, **5** II, 418.
— felino, **5** I, 192, 201.
— — nella stenosi polmonare, **5** I, 259.
— — — tricuspidale, **5** I, 268.
— — nell'insufficienza della mitrale, **5** I, 247.
— — — della polmonare, **5** I, 264.
— idatideo del fegato, **5** II, 511.
— presistolico nella stenosi mitralica, **5** I, 237.
— vibratorio sistolico nella stenosi aortica, **5** I, 210.
Frenalgia. V. *Malinconia.*
Frenastenie, **6** III, 269.
— deliranti, **6** III, 350.
Frenopatie tossiche, **6** III, 169.
Frenosi alcoolica, **6** III, 180.
— paralitica, **6** III, 3.
— pellagrosa, **2**, 744, 765; **6** III, 144, 177.
— sensoriale acuta, **6** III, 139, 150.
Frenulo linguale nella pertosse, **4** II, 253.
Friabilità del tessuto osseo, **1** I, 484.
— ossea nella pellagra, **2**, 755.
Friedländer (V. *Bacillo di*).
Friedreich (V. *Malattia di*).
Frigidità genitale nel diabete, **1** I, 391.
Frizioni secche nella bronchite cronica, **4** I, 308.
Fronte olimpica, **6** I, 196.
Frontiere della pazzia, **6** III, 277.
Frottement-râle di Damoiseau, **4** II, 433.
Ftiriasi, **2**, 329.
— del corpo, **2**, 331.
— del pube, **2**, 331.
Fucus vesiculosus nell'obesità, **1** I, 355.
Fucsina nella risipola, **2**, 251; X.

Fuga delle idee nella mania, **6** III, 89. Vedi *Ideenflucht*.
φῦμα d'Ippocrate, **4** II, 4.
Fumatori d'oppio, **2**, 698.
Fumigazioni di bacche di ginepro nel reumatismo cronico progressivo, **1** I, 493.
Funghi mangerecci e funghi velenosi, **2**, 729.
Funzioni cerebrali nella polmonite, **4** II, 327.
— digerenti nella polmonite, **4** 2, 327.
Fuoco di Sant'Antonio. V. *Zona*.
Foute paralytique di Fournier, **6** III, 49.
Furore alcoolico, **6** III, 182.
— maniaco, **6** III, 99-100.

G

Gabbet (Metodo di), **4** II, 15.
Gadinina, **1** I, 170.
Gairdner (Teoria di), **4** II, 369.
Galbano nelle bronchiti, **4** I, 295, 309; LXVIII.
Galea neurastenica, **6** III, 129.
Galoppo carotideo, **5** I, 225.
Galvano-faradizzazione, **6** II, 421.
Gamba di Barbados, di Cocincina o del Surinam. V. *Elefantiasi*.
Ganglii linfatici nella leucemia, **2**, 581.
Ganglio amigdalico, **5** I, 57.
Gangrena a distanza da erisipela, **2**, 240.
— boccale, **5** I, 18.
— curabile dei polmoni, **4** I, 340; LXXII.
— cutanea nella porpora emorragica, **2**, 415.
— della faringe, **5** I, 89.
— delle caverne tubercolari, **4** I, 405.
— del sifiloma, **2**, 273.
— diabetica, **1** I, 375, 385.
— faringea nella difterite, **5** I, 189.
— gassosa, **1** I, 25; **1** II, 3.
— morbillosa, **2**, 104.
— nel colèra infantile, **5** II, 25.
— nella difterite, **5** I, 179.
— nella tabe, **6** I, 378.
— nell'ateroma, **5** I, 402.
— nel tifo esantematico, **2**, 22.
— polmonare, **4** II, 400.
— — nel cancro, **4** I, 406.
— — nella polmonite, **4** II, 333; LXXVIX.
— nevropatica, **6** II, 504.
— senile, **5** I, 402.
— simmetrica delle estremità. V. *Malattia di Raynaud*.
Garrod (Legge di), **1** I, 457.
Gas nello stomaco, **5** I, 258.
Gastralgia, **5** I, 264.
— intermittente, **1** II, 409.
Gastralgia nell'influenza, **1** II, 326.
— nervosa dei tisici; LXXXI.
Gastrenteralgie nel morfinismo, **6** III, 187.
Gastrite alcoolica, **2**, 684; **5** I, 319, 329.
— atrofica, **5** I, 322, 328.
— catarrale, **5** I, 315, 317, 326; XXXIV.
— cirrotica, **5** I, 322, 331.
— flemmonosa, **5** I, 316, 326.
— pseudomembranosa, **5** I, 317.
— purulenta, **5** I, 329, 331.
— secondaria, **5** I, 330.
— tossica, **5** I, 316, 325.
— ulcerosa, **5** I, 331.
— uremica, **5** I, 319.
Gastroenterite carbonchiosa di Raimbert, **1** II, 33.
— da miliare (Rayer), **2**, 201.
— infantile, **6** II, 48.
— nell'avvelenamento acuto da arsenico, **2**, 664.
Gastroenterostomia, **5** I, 400.
Gastroepatite degli alcoolici, **2**, 682.
Gastrorragia, **5** I, 402.
Gastrorrea, **5** I, 256.
Gastrosuccorrea di Reichmann, **5** I, 254, 276 290.
Gastroxie di Lépine, **5** I, 264, 278; **6** II, 224.
Gastroxynsis di Rossbach, **5** I, 264, 278; **6** II, 220; **6** III, 624.
Gastrotomia, **5** I, 400.
Gavage, **5** I, 255.
— d'acqua nel colèra, **1** II, 497.
— nei tisici, **4** II, 247, 261.
— nel delirio acuto, **6** III, 168.
Geigel (Apparecchio di), **4** I, 296.
Geloni, **6** II, 496. V. *Eritema pernio*.
Gelosio, **1** I, 12; **1** II, 3; **4** II, 16.
Gelsemio nelle nevralgie; CIX.

Gemito nella pertosse, **4** I, 252.
Gemme di pino nelle bronchiti, **4** I, 295; LXVIII.
Generalizzazione della tubercolosi cutanea, **2**, 358.
Gengive nello scorbuto, **2**, 615.
Gengivite artrodentaria, **3** I, 13.
— diabetica, **3** I, 12.
— espulsiva, **1** I, 384.
— nelle gravide, **3** I, 298.
Gengivo-stomatiti infettive, **3** I, 10.
Genio epidemico, **1** I, 131; **2**, 34; **3** I, 203.
— — nel tifo esantematico, **2**, 21.
Geodi di Cruveilhier, **4** II, 88.
Geofagia, **3** II, 157.
Gerhardt (Fenomeno del), **4** I, 356; **4** II, 119.
Germi nell'acqua, **1** I, 27, 30.
— nell'aria, **1** I, 25.
— nel latte, **1** I, 30.
— nel suolo, **1** I, 24, 25.
— patogeni nello sperma, **1** I, 33.
— — nell'urina, **1** I, 33.
Gerontismo precoce, **6** III, 259. V. *Senilità*.
Ghiandola pituitaria nell'acromegalia, **6** II, 437.
— salivare nella scabbia, **1** II, 81, 99.
Giannini. V. *Bagno*.
Gibbosità da pulcinella, **6** II, 432.
Gigantismo, **6** II, 434.
Ginecomastia, **6** III, 260.
Ginefobia, **6** III, 320.
Ginnastica medica nel crampo degli scrivani, **6** III, 650.
— nella tabe, **6** I, 417.
— respiratoria nei tisici, **4** II, 249.
Ginepro nelle cirrosi epatiche, **3** II, 427; XLIX.
Giraffa. V. *Dengue*.
Gitagismo, **2**, 776.
Giusquiamo nella corizza, **4** I, 46; LIV.
— nella gonorrea; XV.
— nella neurastenia; CXIII.
— nelle nevralgie; CVIII.
Glicerina nei tisici, **4** II, 250; LXXVII.
— nel diabete, **1** I, 425, 433; III.
— nella litiasi biliare, **3** II, 310; XLVIII.
Glicogenesi epatica, **3** II, 252.
Glicosuria pancreatica, **3** I, 415.
— sperimentale, **3** I, 408.
— tabica, **1** I, 389.
Glioma, **6** I, 214.
— neuroformante, **6** I, 215.
Gliomatosi midollare, **6** I, 450, 453, 474.
Gliomixoma, **6** I, 214.
Gliosarcoma, **6** I, 214.
— del midollo, **6** I, 452.
Globuli colloidi nel morbillo, **2**, 86.
— rossi giganti, **2**, 519.
— — nani, **2**, 519.
Globulina del colèra, **1** I, 171.
— nell'urina, **5** II, 52.
Globulini di Robin, **2**, 526, 579.
Globulo tubercolare di Lebert, **4** II, 7.
Glossalgia o glossodinia, **3** I, 4.
Glossite basica intramuscolare, **3** I, 79.
— delle gravide, **3** I, 299.
— esfogliativa marginata, **2**, 289; **3** I, 29.
— vaiuolosa, **2**, 159.
Glossodinamometro del Féré, **6** III, 37.
Glossodinia dei neurastenici, **6** III, 450.
Glossy-skin, **6** II, 495.
— nell'acinesia algera, **6** III, 659.
— nelle neuriti, **6** II, 112, 156.
Glu-glu pleurico, **4** II, 520.
Gobbi (Atelettasia dei), **4** I, 441.
— e malattie dell'apparecchio respiratorio, **4** I, 300, 426.
Goccia nasale, **4** I, 53.
Godelier (Legge di), **4** II, 194.
Gomma ammoniaca nella bronchite cronica, **4** I, 309.
— cerebrale, **6** II, 87.
— cerebromeningea, **6** II, 87.
— cutanea, **2**, 285.
— del midollo, **6** II, 110.
— del miocardio, **5** I, 153.
— del rene, **5** II, 280.
— laringea, **4** I, 175.
— meningea, **6** II, 84.
— miliare meningea, **6** II, 85.
— polmonare, **4** I, 473.
— scrofolo-tubercolare, **2**, 285.
— sifilitica, **2**, 283.
— — della tonsilla, **3** I, 76.
— tubercolare. V. *Tubercolosi gommosa*.
— — sottocutanea, **4** II, 147.
Gonagra, **1** I, 452.
Gonfiore del seno intermittente, **1** II, 409.
Gonococco di Neisser, **1** I, 32, 78, 146; **2**, 308.
— — (Coltura del), **2**, 308.
— nella tubercolosi, **4** II, 133.
Gotta, **1** I, 444.
— abortita, **1** I, 455.
— acuta, **1** I, 446.
— astenica primitiva, **1** I, 479.
— atonica, **1** I, 446.
— cronica, **1** I, 446.
— delle femmine, **1** I, 480.
— e altre malattie, **1** I, 62.
— e tubercolosi, **1** I, 62.

Gotta larvata, 1 I, 449.
— legittima, 1 I, 446.
— rimontata, 1 I, 446, 449.
— saturnina, 1 I, 458; 2, 646.
— sciatica, 6 II, 374.
— spostata, 1 I, 446.
— viscerale, 1 I, 446.
Goulard (Acqua di), 2, 627.
Gozzo, 6 III, 260.
— esoftalmico; CIX. V. *Morbo di Basedow*.
— — senza gozzo, 6 II, 475.
— nel morbo di Basedow, 6 II, 461.
— soffocante, 4 I, 367.
Gracilità mentale, 6 III, 274.
Grafofobia, 6 III, 321.
Grafomania, 6 III, 226, 293.
Gram (Metodo di), 4 II, 298.
Grancher (Splenopolmonite di), 4 I, 387.
— (Triade sintomatica di), 4 II, 107, 178, 194.
Grande accesso, 6 III, 461, 508.
— isterismo, 6 III, 508.
— sclerosi del cuore, 1 I, 112.
Grandi cellule di Foulis e Thornton, 3 II, 174.
Granulazione fibrosa, 4 II, 93.
— grigia, 4 II, 71, 178.
Granulazioni basofile, 2, 496, 526.
— della faringe, 3 I, 136.
— eosinofile, 2, 496, 526.
— melaniche nel sangue, 2, 517.
— nel sangue dei leucemici, 2, 518.
— neutrofile, 2, 496, 526.
— tubercolari, 1 II, 123.
Granulia, 4 II, 178.
Granuloma tricofitico, 2, 337.
Graves (V. *Malattia di*).
— (Asfissia tubercolare acuta di), 4 I, 339; 4 II, 191.
Gravidanza e malattie, 1 I, 51.
— — di stomaco, 3 I, 300; 5 I, 243, 252.
— — infettive, 1 II, 284.
— e psicosi, 6 III, 144, 342.
— e tubercolosi, 4 II, 38.
Gregarine, 1 I, 19.
Grembiule delle ottentote, 1 I, 331.
Grida nella meningite, 6 II, 19, 39.
Grido encefalico, 6 II, 19, 39.
Grippe, 1 II, 294.
Guaiaco nel reumatismo cronico progressivo, 1 I, 490.
Guaiacol nella tabe; CVI.
— nella tisi, 4 II, 231; LXXV.
— — laringea; LX.
Guaranà nell'emicrania, 6 III, 626; CXV.
— nelle nevralgie; CIX.
Guaranina nell'emicrania; CXV.
Guaribilità della bronchiettasia, 4 I, 356.
— della cirrosi alcoolica, 3 II, 425.
— della meningite, 6 II, 23, 76, 77.
— dell'aneurisma aortico, 5 I, 480.
— della paralisi generale progressiva, 6 III, 53
— della sclerosi a piastre, 6 I, 349.
— della stenosi aortica, 5 I, 212.
— della tubercolosi, 4 II, 69, 174, 196, 201.
— dell'encefalite, 6 I, 148.
— dell'insufficienza aortica, 5 I, 227.
— del morbo d'Addison, 5 II, 373.
Guazzamento nella gastrectasia, 3 I, 340.
— stomacale, 3 I, 261; 4 II, 525-6.
Guérin (Legge di), 1 I, 299.

H

Hamamelis virginiaca nell'epistassi; LIII.
Hardy (Acne cornea di), 2, 488.
Hausen (V. *Bacillo di*).
Hayem (Acromatocito di), 2, 522.
— e Winter (Metodo di), 4 II, 137.
Hermann (Metodo di), 4 II, 15.
Herpes iris, 2, 402.
Hodgkin (Malattia di), 4 II, 279.
Horse-pox, 1 II, 6; 2, 32, 179.
Hunter (Legge di), 2, 41.
Hutchinson (Spirometro di), 4 I, 433.
Hydrastis canadensis nei sudori dei tisici, 4 II, 258; LXXX.
— nella dismenorrea; XXV.
— nelle menorragie delle clorotiche, 2, 555; XXV.
— nell'emottisi dei tisici, 4 II, 256.

I

Ibridi sifilitici, 2, 283, 367.
Ictus apoplettico da emorragia cerebrale, 6 I, 149.
— — nella meningite pneumonica, 4 II, 356.
— laringeo, 4 I, 137, 176, 228.
— nella meningite pneumonica, 4 II, 356.
— nelle arteriti sifilitiche cerebrali, 5 I, 379.
— nelle lesioni bulbari a focolaio, 5 I, 295.
— nell'emorragia cerebellare, 6 I, 237.
Idartrosi blenorragica, 2, 316.
— nelle *phlegmatia alba dolens*, 5 I, 413.
Idatidi, 4 I, 412.
— del pericardio, 5, 1, 71.
Idea nell'isterismo, 6 III, 533.
Idee deliranti nella malinconia, 6 III, 113.
— — nella pazzia periodica, 6 III, 198.
— — nel dermotifo, 2, 19.
— fisse, 6 III, 314.
Ideenflucht nella mania, 6 III, 89, 219.
Idiozia, 6 I, 206; 6 III, 269, 284.
— acquisita, 6 I, 206.
— congenita, 6 I, 206.
— cretinoide, 6 I, 209, 211.
— intellettuale, 6 III, 269, 284.
— mixoedematosa, 1 I, 226; 6 I, 211; 6 II, 444, 447; 6 III, 175.
— morale, 6 III, 282, 284.
— spinale, 6 I, 208.
— — anteriore, 6 I, 208.
— — — posteriore, 6 I, 208.
Idramnios nella sifilide, 3 II, 465.
Idrargiria patogenetica, 2, 485.
Idrargirismo, 6 III, 170, 178.
— congenito, 2, 656.
— professionale, 2, 650.
Idrastina nelle menorragie delle clorotiche, 2, 555.
Idrastinina nell'epilessia; CXIV.
Idrato di amilene; CX.
— — nell'epilessia; CXIV.
— — nel tifo; VII.
— — — ricorrente; VII.
Idremia, 5 II, 76.
— delle gravide, 2, 568.
— relativa, 5 II, 76.
Idrocefalo nella meningite tubercolare, 6 II, 33.
Idrocollidina, 1 I, 170.
Idrofobia, 6 III, 321.
Idrofobia nella rabbia, 1 II, 89.
— nervosa, 1 II, 93.
Idromania nella pellagra, 2, 766.
Idromielia, 6 I, 448, 474.
Idronefrosi, 3 II, 176; 5 II, 361, 369.
— da calcoli, 5 II, 344.
— intermittente, 5 II, 336.
— nel rene mobile, 5 II, 336.
— sperimentale, 5 II, 365.
— traumatica, 5 II, 367.
— tubercolare, 5 II, 264
Idrope *ex vacuo*, 5 I, 64.
Idropericardio, 5 I, 63.
— agonico, 5 I, 64.
— nella cachessia palustre, 1 II, 410.
Idropisia del rene, 5 II, 361. V. *Idronefrosi.*
— intermittente delle articolazioni, 6 III, 495.
Idropneumopericardio, 5 I, 67.
Idropneumotorace, 4 II, 513.
Idrossilamina nella psoriasi; XXI.
Idroterapia, 1 I, 279, 281, 465; 2, 166.
— bronchiale, 4 I, 300, 308.
— in Italia, 1 I, 282.
— nei tisici, 4 II, 249-250.
— nel crampo degli scrivani, 6 III, 650.
— nel delirio acuto, 6 III, 168.
— nel gozzo esoftalmico, 6 II, 476.
— nell'anemia cerebrale, 6 I, 132.
— nella bronchite acuta, 5 I, 300.
— — cronica, 4 I, 308.
— nella bronchiettasia, 4 I, 363.
— nella broncopolmonite, 4 II, 396.
— nella clorosi, 2, 553.
— nella confusione mentale, 6 III, 155.
— nella corea, 6 III, 396.
— nella linfadenia, 2, 602.
— nella malaria, 1 II, 422.
— nella malinconia, 6 III, 136.
— nella mania, 6 III, 104.
— nella meningite, 6 II, 26.
— nella neurastenia, 6 III, 456.
— nella paralisi generale progressiva, 6 III, 64.
— — spinale infantile, 6 I, 329.
— nella paranoia tardiva, 6 III, 235.
— nella poliomielite anteriore subacuta, 6 I, 519.
— nella scarlattina, 2, 78.
— nella sciatica, 6 II, 383.

Idroterapia nella siringomielite, **6** I, 469.
— nella tabe, **6** I, 417.
— nelle discrasie acide, **1** I, 293.
— nelle emorroidi, **6** II, 69.
— nelle febbri eruttive, **2**, 36.
— nelle gastropatie, **3** I, 294.
— nelle neuriti, **6** II, 285-286.
— nelle nevralgie, **6** II, 371.
— nell'epilessia, **6** III, 476.
— nell'epistassi, **4** I, 26.
— nell'insolazione, **2**, 178.
— nell'isterismo, **6** III, 535.
— nell'osteomalacia, **1** I, 319.
— nel morbo di Basedow, **6** II, 476.
— nel reumatismo articolare acuto, **5** II, 46.
— nel tifo, **1** II, 266.
— polmonare, **4** II, 348.
Igroma acuto della borsa ischiatica, **6** II, 381.
Ileo-digiunite, **3** II, 15.
Ileo-tifo, **1** II, 167; V.
— a forma sudorale, **1** II, 521.
Illusioni del dolore, **6** III, 661.
— nei malinconici, **6** III, 114.
— nei maniaci, **6** III, 92.
Imbarazzo gastrico, **1** II, 533; **3** I, 308.
— — febbrile, **1** II, 248, 261; **3** I, 309.
— — nell'influenza, **1** II, 326.
— intellettuale nella malinconia, **6** III, 124.
Imbecillità mentale, **6** I, 208; **6** III, 249, 272.
— morale, **6** III, 282.
Imenomania, **6** III, 307.
Immunità, **1** I, 180.
— acquisita contro le febbri eruttive, **2**, 33.
— artificiale, **1** I, 205-209.
— congenita, **1** I, 45.
— contro gli orecchioni, **2**, 212.
— contro il carbonchio, **1** II, 44.
— contro il colèra, **1** II, 474, 495.
— contro il morbillo, **2**, 83.
— contro il tetano, **6** III, 575, 595.
— contro il tifo, **1** II, 258.
— contro il vaccino, **2**, 181, 191.
— contro il vaiuolo, **2**, 127.
— contro la febbre gialla, **1** II, 511.
— contro la peste, **1** II, 517.
— contro la rabbia, **1** II, 105.
— contro la rubeola, **2**, 120.
— contro la scarlattina, **2**, 45.
— contro la sifilide, **2**, 268.
— contro la tubercolosi, **4** II, 64.
— contro la varicella, **2**, 169.
— contro l'infezione pneumonica, **4** II, 346.
— in liquidi di coltura, **1** II, 173.
— locale, **1** I, 187.
Immunità naturale, **1** I, 205, 209.
— — contro le febbri eruttive, **2**, 33.
— professionale contro la tubercolosi, **4** II, 68.
Impacco freddo nella febbre ricorrente, **1** II, 556.
— — nelle febbri eruttive, **2**, 38.
— — nella scarlattina, **2**, 78.
— Priessnitz nell'influenza, **1** II, 338.
Impermeabilità renale, **3** II, 260.
— — nell'itterizia, **3** II, 260.
Impetigine, **2**, 385; XVIII.
— contagiosa, **2**, 387.
— da vaccinazione, **2**, 386.
— erpetiforme, **2**, 388.
Impetigo larvalis, **2**, 386.
— *rodens*, **2**, 388.
Impotenza da compressione del midollo, **6** I, 491.
— funzionale, **6** III, 641.
— nei diabetici, **1** I, 441. V. *Frigidità genitale.*
— nella neurite difterica, **6** II, 221.
— nella sclerosi a piastre, **6** I, 347.
— nel morfinismo, **2**, 701.
Impulsioni all'omicidio, **6** III, 329.
— al suicidio, **6** III, 328.
— morbose, **6** III, 309.
— negative, **6** III, 314.
— pantoclastiche incoercibili nella mania, **6** III, 90.
— verbali, **6** III, 219, 314.
Impulsività nei malinconici, **6** III, 117.
Inalazioni *à la reine*, **3** II, 368.
— di materiali tubercolari, **1** II, 119; **4** II, 11, 181.
— d'ossigeno nelle clorosi, **2**, 553.
— — nella linfadenia, **2**, 602.
— — nell'insolazione, **2**, 791.
— — nell'uremia, **5** II, 240.
Inanizione, **1** I, 235.
— alcalina, **2**, 616.
— ed erisipela, **2**, 227,
— e malattie, **1** I, 53.
— per via digestiva, **4** II, 57.
— per via respiratoria, **4** II, 34.
Inarcamento del torace alla regione cardiaca, **5** I, 50.
Incarceramento renale, **5** II, 336.
Incesso paralitico e titubante, **6** III, 42.
Incisione esploratrice nei tumori del rene, **5** II, 305.
Incoerenza nella mania, **6** III, 89.
Incontinenza d'urina; CXIII.
— — nei degenerati, **6** III, 264.
Incoordinazione dei movimenti nella paralisi generale progressiva, **6** III, 36, 40.

Incrostazione calcare dei bronchi, **4** I, 289.
Incubazione del dengue, **1** II, 341, 345.
— della febbre gialla, **1** II, 507.
— della pertosse, **4** I, 241.
— della rubeola, **2**, 121.
— della scarlattina, **2**, 46.
— della sifilide, **2**, 269.
— delle febbri eruttive, **2**, 33.
— dell'influenza, **1** II, 315.
— del morbillo, **2**, 85.
— del tetano, **6** III, 566.
— del vaiuolo, **2**, 130.
Incubo nasale, **4** I, 40.
Indebolimento intellettuale nei tumori cerebrali, **6** I, 221, 223.
— mentale nella paralisi generale progressiva, **6** III, 28, 32.
Indigestione, **3** I, 309.
— rapida, **3** I, 309.
— tardiva, **3** I, 309.
Indiretta frammentazione di Arnold nei leucociti, **2**, 580.
Indolenza del sifiloma, **2**, 271.
Indurimento atrofico del polmone, **4** I, 449.
— bruno dei polmoni, **4** I, 389, 402.
— cartilagineo della sostanza cerebrale, **6** I, 193.
— cianotico dei reni, **5** I, 298.
— dei linfatici nel sifiloma, **2**, 271.
— giallo del polmone, **4** I, 445.
— grigio del polmone, **4** I, 445.
— ligneo, **4** I, 500.
— rosso del polmone, **4** I, 445.
— scleroso della nevroglia, **6** III, 472.
Induzione pazzesca, **6** III, 306.
Ineguaglianza pupillare nella paralisi generale progressiva, **6** III, 44.
Infantilismo **3** I, 362; **6** III, 261.
— e tubercolosi, **4** II, 36.
— nella sifilide ereditaria, **2**, 293.
Infarto bianco o suppurante, **4** I, 411.
— del fegato, **5** I, 179.
— diffuso polmonare, **4** I, 415.
— emottoico del polmone nella stenosi polmonare, **5** I, 256.
— — di Laënnec, **4** I, 402.
— latente, **4** I, 406.
— microbico, **1** I, 95.
— polmonare, **4** I, 398, 400, 415; **5** I, 179, 256, 361.
— renale, **5** I, 179; **5** II, 146.
— roseo, **4** I, 411.
— rosso emorragico, **4** I, 411.
— splenico, **5** I, 179.
Infezione biliare, **3** II, 184, 278, 284, 448.
— — ascendente, **3** II, 442.
— — da bacillo di Eberth, **3** II, 303.
— — febbrigena, **3** II, 285.
— — infettante, **3** II, 285.
— — nelle cirrosi, **3** II, 421.
— — nell'ittero grave, **3** II, 339.
— — piogena, **3** II, 285.
— mista di malaria e setticemia gastrointestinale, **1** II, 255.
— — di setticemia e tifo, **1** II, 253.
— per via aerea, **1** I, 23.
— purulenta nel tifo esantematico, **2**, 22.
— tubercolare acutissima, **4** II, 206.
Infezioni locali, **1** I, 215.
— metastatiche nella polmonite, **4** II, 351.
— miste, **1** I, 142.
— secondarie, **1** I, 143.
— — nella dilatazione bronchiale, **4** I, 362.
— — nelle febbri eruttive, **2**, 36.
— — nella scarlattina, **2**, 48.
— — nel morbillo, **2**, 89.
— — nel reumatismo blenorragico, **2**, 317.
— — nel tifo, **1** II, 245.
— — — esantematico, **2**, 21.
— — nel vaccino, **2**, 185.
— — nel vaiuolo, **2**, 138.
— tonsillari subacute prolungate, **3** I, 59.
Infiammazione, **1**, I, 108.
— della tromba d' Eustachio nelle angine, **3** I, 60.
— follicolare dell'esofago, di Mondière, **3** I, 439.
— pseudocruposa dell'esofago, **3** I, 438.
— tubercolare intercalare o internodulare, **4** II, 198.
Infiltrazione cellulare del rammollimento cerebrale, **6** I, 143.
— gelatiniforme, **5** II, 72, 196.
— gessosa, **4** I, 372; **4** II, 276.
— gialla, **4** II, 72.
— gommosa laringea, **4** I, 175.
— sanguigna del polmone, **4** I, 414.
— sifilitica, **4** I, 478.
— tubercolare di Laënnec, **4** II, 6.
— — grigia, **4** II, 71, 75, 196.
Influenza, **1** I, 75; **1** II, 263, 293; v.
— (Agenti patogeni nell'), **1** II, 313.
— e dengue, **1** II, 333.
— e gravidanza, **1** II, 331.
— (Microbiologia dell'), **1** I, 75.
— (Vie di propagazione dell'), **1** II, 305.
Infusioni sottocutanee di soluzione normale nell'uremia, **5** II, 242.

Ingestione di materiale tubercolare, 4 II, 11.
Ingorgo dei ganglii tracheo-bronchiali, 4 I, 251.
— polmonare, 4 I, 405; 4 II, 295.
Ineina nella tifoide, 1 II, 266.
Iniezioni d'acqua contro la tosse, 4 II, 255.
— di tubercolina, 4 II, 422.
— di siero artificiale nell'insolazione, 2, 791.
— endovenose, 1 II, 426.
— — nel colèra, 1 II, 497.
— intraperitoneali nel colèra, 1 II, 504.
— intrapleuriche nel colèra, 1 II, 504.
— intrapolmonari nella tisi, 4 II, 227, 235, 238.
— intratracheali, 4 I, 311; 4 II, 227.
— intravenose di chinina nella malaria, 1 II, 426; VI.
— — di siero artificiale nel colèra, 1 II, 497.
— — di siero artificiale nella tifoide, 1 II, 276.
— peritoneali di soluzione di cloruro di sodio, 5 II, 242.
— sottocutanee di acido fenico, 2, 251.
— — di siero artificiale nella tifoide, 1 II, 276.
— sperimentali di tossine, 5 I, 106.
Innesto preventivo nel morbillo, 2, 117.
Inoculabilità della malaria, 1 II, 369.
— dell'ulcera molle, 2, 304.
Inoculazione della miliare, 2, 199.
— della lebbra, 2, 382.
— della scarlattina, 2, 46.
— del morbillo, 2, 84.
— della tubercolosi, 1 II, 120; 4 II, 10.
— di liquido pleurico, 4 II, 421.
— sperimentale della difterite, 3 I, 156.
— — della varicella, 2, 169.
— — di febbre ricorrente, 1 II, 545.
Inopexia, 5 I, 352.
Insolazione, 2, 777.
— asfittica, 2, 783.
— cardiaca o sincopale, 2, 781.
— cerebrospinale o meningea, 2, 781.
— cronica, 2, 782.
— e paralisi generale progressiva, 6 III, 13.
— fulminante, 2, 781.
Insonnia nella neurastenia, 6 III, 445.
— nella sifilide cerebrale, 6 II, 91.
— nel tifo petecchiale, 2, 18.
Inspirazione tonica, 4 I, 225.
Insufficienza alimentare, 1 I, 235.
— aortica, 5 I, 213, 216.
— — arteriosa, 5 I, 216.
— — e mitrale, 5 I, 292.
— — endocarditica, 5 I, 216.
— — nell'aortite, 5 I, 443.
— cardiaca, 5 I, 86.
Insufficienza cardiaca nell'influenza, 1 II, 327.
— circolatoria dei tisici, 4 II, 38.
— della polmonare, 5 I, 262.
— epatica, 3 II, 247.
— — assoluta, 3 II, 266.
— — relativa, 3 II, 266.
— e stenosi mitrale, 5 I, 292.
— mitrale, 5 I, 244.
— — e stenosi aortica, 5 I, 292.
— pilorica, 3 I, 259.
— tricuspidale, 5 I, 269.
— — e stenosi polmonare, 5 I, 292.
— urinaria, 4 I, 295.
— valvolare, 5 I, 188.
Intaccatura di Sibson nell'ottusità cardiaca, 5 I, 32, 42.
Intasamento, 4 I, 5.
— delle corde vocali, 4 I, 128.
Intermittenza della febbre, 1 II, 399, 418.
— nella febbre mediterranea, 1 II, 528.
Intertrigine; XXIII.
Intestino nel colèra, 1 II, 460.
— nella febbre gialla, 1 II, 513.
— nella linfadenia, 2, 582.
— nell'avvelenamento acuto da arsenico, 2, 667.
— nell'ileo-tifo, 1 II, 218, 237, 240.
Intorpidimento nei tabici, 6 I, 370.
Intossicazione acuta per ossido di carbonio, 2, 715.
— alimentare, 2, 737.
— chinica, 5 II, 134.
— combinata, 6 I, 306.
— cronica da ossido di carbonio, 2, 719.
— da arsenico, 2, 661; 5 II, 244; XXVI.
— da cocaina, 2, 704; XXVII.
— da crostacei, 2, 739.
— da fosforo, 2, 670, 673; 5 II, 244; XXVI.
— — e ittero grave, 5 II, 246.
— da funghi alimentari, 2, 725; XXVII.
— da mercurio, 2, 648; 6 III, 170; XXVI.
— da merluzzo rosso, 2, 738.
— da oppio, 2, 695.
— da pesci tossici, 2, 738.
— da piombo, 2, 627; 6 III, 170.
— da prodotti batterici, 1 I, 103; XXV.
— da salicilato, 5 II, 45.
— da solfuro di carbonio, 2, 721; 6 II, 277; 6 III, 178.
— da tabacco, 2, 708; XXVII.
— digitalica, 5 I, 205.
— materna nel colèra infantile, 3 II, 22.
— medicamentosa locale, 2, 483.
— nelle idatidi del fegato, 3 II, 520.
— nervosa da fosforo, 2, 673.

Intossicazione neurocerebrale endogena, 6 III, 171.
— — esogena, 6 III, 171.
— putrida nella peritonite acuta, 3 II, 187.
Intossicazioni, 1 I, 308; 2, 625.
— croniche, 2, 719; 6 III, 169.
— ed epilessia jacsoniana, 5 I, 83.
— e isterismo, 6 III, 482.
— e malattie, 1 I, 62.
— e psicosi neuritica, 6 II, 213.
— e risipola, 2, 227.
Intubazione laringea, 3 I, 232.
Invaginazione intestinale acuta, 3 II, 89.
— — cronica, 3 II, 88.
Invecchiamento delle colture, 1 I, 211.
— dell'asma, 4 I, 231, 312.
— dell'emicrania, 4 I, 312; 6 III, 626.
Inverniciatura degli animali, 4 I, 417.
Inversione della formola dei fosfati, 1 I, 240.
— — — nell'isterismo, 6 III, 529.
— delle reazioni istochimiche nel sangue, 2, 523.
— del riflesso pupillare, 6 III, 45.
— del senso genesico, 6 III, 337.
— sessuale, 6 III, 339.
Invertina, 1 I, 13.
Involuzione delle cisti idatidi del fegato, 3 II, 507.
Ipecaquana nella dissenteria, 3 II, 120; XLIII.
— nella malaria, 1 II, 496.
— nella miliare; XI.
— nell'avvelenamento da funghi; XXVII.
— nell'emottisi dei tisici, 4 II, 256; LXXIX.
Iperacidità del succo gastrico, 3 I, 253.
Iperacusia idrargirica, 2, 658.
— nella paralisi generale progressiva, 6 III, 47.
Iperalgesia nella tabe, 6 I, 371.
Iperattività mentale nella paralisi generale progressiva, 6 III, 28.
Iperbiligenia e cirrosi ipertrofica, 3 II, 441.
Ipercheratinizzazione nella leucoplasia boccale, 3 I, 32.
Ipercloridria, 3 I, 253, 274.
— nell'ulcera gastrica, 3 I, 362, 368.
— parossistica, 3 I, 278.
Ipercrinia bronchiale, 4 I, 305, 312.
Ipercromia da vescicanti, 2, 354.
Iperemia boccale, 3 I, 9.
— faringea, 3 I, 42.
— flemmasica nella malaria, 3 II, 452.
Iperestesia boccale, 3 I, 4.
— cutanea nella rabbia, 1 II, 94.
— — nella tubercolosi, 4 II, 189.
— — nell'ileo-tifo, 4 II, 190.
Iperestesia dei neurastenici, 6 III, 447.
— dell'esofago, 3 I, 470.
— — nella neurastenia; CXIII.
— gastrica dei neurastenici; CXIII.
— gutturale, 3 I, 36.
— intermittente, 1 II, 409.
— nasale, 4 I, 37.
— nel saturnismo, 2, 641.
— nel tifo esantematico, 2, 20.
— rachidica nell'isterismo, 6 III, 525.
— relativa nei tabici, 6 I, 371.
— sessuale, 6 III, 339.
Iperestesie isteriche, 6 III, 500.
Iperfasia, 6 III, 43.
Iperfrenia. V. *Mania*.
Ipergeusi, 3 I, 7.
Iperglicemia dei diabetici, 1 I, 371.
Iperidrosi, 2, 474; XXIII.
— generalizzata nella siringomielite, 6 I, 459.
— nella neurastenia; CXIII.
— nel morbo di Basedow, 6 II, 465.
— palmare, 2, 474.
— plantare, 2, 474.
Iperinosi, 5 I, 352.
Ipermnesia nella mania, 6 III, 90.
Ipernutrizione nei tisici, 4 II, 247, 261.
Iperosmia, 4 I, 34.
Iperpiressia nella malaria, 1 II, 407.
Iperprassia, 6 III, 197.
Ipersecrezione nervosa, 4 I, 305.
Ipersemia nella mania, 6 III, 90.
Ipertensione arteriosa nell'ateromatosi, 5 I, 404.
Ipertimia. V. *Mania*.
Ipertiroidazione dell'organismo, 6 II, 450, 474.
Ipertricosi, 6 III, 261.
— sacrale, 6 III, 260.
Ipertrofia cardiaca compensatrice, 5 I, 78, 190.
— — da gravidanza, 5 I, 80.
— — dell'adolescenza, 5 I, 80.
— — nell'aortite cronica, 5 I, 443, 447.
— cerebellare, 6 I, 255.
— dei piedi nell'acromegalia, 6 II, 431.
— del cuore destro nella stenosi polmonare, 5 I, 255.
— del cuore sinistro nella insufficienza aortica, 5 I, 215.
— della testa nell'acromegalia, 6 II, 431.
— della tonsilla faringea, 3 I, 117.
— — — linguale, 3 I, 133.
— delle mani nell'acromegalia, 6 II, 430.
— del miocardio, 5 I, 73.
— — — concentrica, 5 I, 73.
— — — eccentrica, 5 I, 73.
— — — parziale, 5 I, 74.

Ipertrofia del miocardio primitiva, 5 I, 75.
— — — secondaria, 5 I, 75.
— — — semplice, 5 I, 73.
— — — totale, 5 I, 74.
— del ventricolo destro nella stenosi mitrale, 5 I, 233.
— epatica, 3 II, 430.
— faringea, di famiglia, 3 I, 124.
— generale del sistema sebaceo, 2, 471.
— latente delle tonsille, 3 I, 107.
— pleurica nella cirrosi alcoolica venosa, 3 II, 419, 431.
— preatrofica nella cirrosi alcoolica, 3 II, 419.
— superficiale della tonsilla faringea, 3 I, 118.
— tonsillare, 3 I, 74, 106.
— — dura o fibrosa, 3 I, 111.
— — faringea, 3 I, 22, 117.
— — molle o adenoide, 3 I, 111.
— vegetante della tonsilla faringea, 3 I, 118.
Ipnone; CX.
Ipnosi nella morfiomania, 6 III, 190.
Ipnotici; CX.
— nella corea, 6 III, 398.
— nella malinconia, 6 III, 137.
— nella mania, 6 III, 105.
— nelle neuriti, 6 II, 285.
Ipnotismo, 1 I, 250.
— negli isterici, 6 III, 534.
Ipoacidità del contenuto gastrico, 3 I, 254.
Ipoalgesia nei tabici, 6 I, 400.
Ipobulia nella malinconia, 6 III, 113.
Ipocloridria con iperacidità e stasi, 3 I, 279.
— nell'enfisema, 4 I, 435; XXXVIII.
Ipocolia pigmentaria nella cirrosi alcoolica venosa, 3 II, 420.
Ipocondria, 6 III, 303.
Ipocondriaci morali, 6 III, 345.
Ipodermoclisi nel colèra, 1 II, 472, 503; VI.
Ipoemia intertropicale, 3 II, 156.
Ipogeusia nei malinconici, 6 III, 114.
Ipomania, 6 III, 99, 197.
Ipoplasia ematica nella clorosi, 2, 538.
Ipoprosessia nella mania, 6 III, 87.
Iposistolia, 5 I, 199.
Iposmia nei malinconici, 6 III, 114.
Iposolfito di sodio nell'influenza, 1 II, 337.
— di sodio nella gangrena dei bronchi, 4 I, 343; LXXII.
Ipotermia nell'uremia, 5 II, 91.
Ipotiroidazione, 6 II, 450.
Ipotonia oculare, 6 I, 374.
Ipotrofia nella paralisi spinale infantile, 6 I, 320.
Irite scorbutica, 2, 612.
Irregolarità nella febbre mediterranea, 1 II, 528.
Irrigazioni nasali nell'ozena, 4 I, 66; LV.
Ischemia regionaria di Weiss, 6 II, 503.
Iscuria isterica, 6 III, 528.
Isolamento nelle febbri eruttive, 2, 39.
— nell'isterismo, 6 III, 535.
— nel tetano, 6 III, 603.
Isole di anestesia nell'isterismo, 6 III, 492.
Isterismo, 6 I, 350; 6 II, 49, 273; 6 III, 477; CXIV.
— e acinesia algèra, 6 III, 660.
— e tubercolosi, 4 II, 36.
— mercuriale, 2, 659.
— nei fanciulli, 6 II, 49.
— normale, 6 III, 204.
— saturnino, 2, 638.
— traumatico, 3 II, 225; 6 I, 481, 503.
Isteroepilessia a crisi distinte, 6 III, 512.
Isteroneurastenia, 6 III, 440, 452.
Isteropatia collettiva, 6 III, 294.
Isterotraumatismo, 6 III, 481.
Ittero, 3 II, 256; XLIX.
— acatettico, 3 II, 273.
— *a crapula*, 3 II, 317.
— bilirubidico, 3 II, 269.
— catarrale semplice, 3 II, 317, 320.
— — infettivo, 3 II, 317, 321.
— — prolungato, 3 II, 317, 323.
— da morso di vipera, 3 II, 315.
— dei neonati, 3 II, 316.
— di stagione, 3 II, 317.
— e gravidanza, 3 II, 539.
— emafeico, 3 II, 265.
— ematogeno? 3 II, 270.
— emotivo, 3 II, 314.
— epidemico, 3 II, 317.
— fosforico, 2, 672.
— grave, 3 II, 329.
— — dei cardiaci, 3 II, 353.
— — degli alcoolisti, 2, 687.
— — e gravidanza, 3 II, 540.
— — in cardiopatici, 3 II, 354.
— — primitivo, 3 II, 329.
— — secondario, 3 II, 337.
— — — nella cirrosi ipertrofica, 3 II, 440.
— infettivo, 1 I, 27.
— — recidivante o ricorrente, 3 II, 317, 323.
— nel cancro del pancreas, 3 I, 434.
— nella cirrosi ipertrofica, 3 II, 429.
— nella febbre gialla, 1 II, 509.
— nella polmonite, 4 II, 305, 327.
— nel morbo di Basedow, 6 II, 468.
— nel saturnismo, 2, 634.
— nero, 3 II, 256.
— per diffusione, 3 II, 273.

Ittero per ritenzione, 3 II, 264, 273.
— pleiocromico, 3 II, 259, 315, 317, 354, 452.
— policolico, 3 II, 259, 324.
— pseudograve, 3 II, 325, 333.
— sifilitico, 3 II, 315.
— sporadico, 3 II, 317.
— violetto, 5 I, 280, 285.
Ittiolo nel favo; XVI.
— nella gonorrea, 2, 312.
— nella lebbra, 2, 384; XVIII.
— nella psoriasi; XX.
— nella risipola, 2, 252; XI.
— nella scabbia; XV.
— nella sicosi tricofitica; XVI.
— nell'eczema; XXII.
Ittiolo nelle nevralgie; CVIII.
— nell'incontinenza d'urina; CXIII.
— nell'influenza, 1 I, 338.
— nell'intertrigine; XXIII.
— nel lupus eritematoso, 2, 375; XVIII.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 45; C.
Ittiosi, 2, 392; XVIII.
— anserina, 2, 392.
— congenita, 2, 394.
— consecutiva a neurite, 6 II, 155.
— cornea, 2, 392.
— fetale, 2, 394.
— istrice, 2, 392.
— linguale, 3 I, 31.
— madreperlacea, 2, 392.
— serpentina, 2, 392.

J

Jaborandi nell'edema della glottide, 4 I, 80; LVI.
Jambul nel diabete; III.
Jodio e joduri nell'acne; XXIII.
— nel carbonchio, 1 II, 46.
— nel diabete, 1 I, 433.
— nel favo, 2, 344.
— nell'actinomicosi, 1 II, 163.
— nell'*angina pectoris*, 5 I, 327; XCVI.
— nell'*area Celsi*, 2, 352; XVI.
— nella corizza cronica; LV.
— nella difterite; XXXIV.
— nella leucemia, 2, 602.
— nella miocardite cronica, 5 I, 125; LXXXVIII.
— nella morva, 1 II, 72.
— nella pitiriasi versicolore, 2, 355.
— nella risipola, 2, 251.
— nella steatosi cardiaca, 5 I, 98.
— nella tisi, 4 II, 237; LXXV.
— nella tosse faringea; LVIII.
— nella tricofizia, 2, 337, 339; XVI.
— nelle angine croniche; XXXII.
— nelle laringiti croniche, 4 I, 168.
— nell'enfisema polmonare, 4 I, 441; LXXIII.
— nell'eritrasma, 2, 356.
— nello scorbuto, 2, 619.
— nel reumatismo cronico progressivo, 1 I, 489.
Jodismo, 2, 487; XXIII.
Jodo nelle urine, 2, 488.
Jodoformio nel colèra, 1 II, 499.
— nel diabete, 1 I, 433; III.
Jodoformio nella gonorrea; XV.
— nella tubercolosi, 4 II, 231; XVII, LXXV.
— nell'obesità, 1 I, 355.
— nell'ulcera molle, 2, 307.
— nel lupus, 2, 370; XVII.
— nell'acne, 2, 473; XXII.
— nella meningite; CVII.
— nella pertosse, 4 I, 264.
— nella risipola; XI.
— nella tisi laringea, 4 I, 216; LX.
— nella tubercolosi cutanea; XVII.
— nelle bronchiti, 4 I, 295; LXIX.
Jodoformismo, 6 III, 177, 178.
Jodolo nella gonorrea; XV.
— nella tisi laringea, 4 I, 216.
— nell'ozena; LVI.
Joduri nei vizi di cuore, 5 I, 203, 213, 229.
— nella bronchite asmatica, 4 I, 316; LXXI.
— — — secca, 4 I, 309.
— nella meningite; CVI.
— nella meningite da pneumococco; LXXXIII.
— nella paralisi generale progressiva, 6 III, 63.
— nella pericardite cronica, 5 I, 46.
— nella poliomielite anteriore cronica, 6 I, 519.
— nella psoriasi, 2, 434; XX.
— nella sifilide, 2, 298; XIII.
— — dei centri nervosi, 6 II, 120.
— — epatica, 3 II, 475; L.
— — laringea, 4 I, 174.
— nella siringomielia, 6 I, 469.
— nell'asma, 4 I, 240; LXI.
— nella tabe, 6 I, 417.

Joduri nelle cirrosi epatiche, 5 II, 427.
— nell'endocardite, 5 I, 184.
— nelle nefriti, 5 II, 233.
— nelle paralisi sifilitiche, 6 II, 337.
— nell'idrargiria, 2, 486.
— nell'obesità, 1 I, 355.
— nell'orticaria; XIX.
— nel lupus; XVII.
— nel morbo di Ménière, 6 III, 548.
Joduro di ferro nel diabete, 1 I, 433.
— — nella sifilide; XIII.
— — nel rachitismo, 1 I, 313.
— di sodio nell'emiplegia; CV.
— nella sifilide dei centri nervosi; CVII.
Josciamina nella mania; CXI.
Joscina nella mania; CXI.
— e josciamina nella mania, 6 I, 105.
— nella tetania; CX.

K

Kakke, V. *Beriberi*.
Kamala nell'elmintiasi, 5 II, 148; XLV.
Kartulis (Ameba della dissenteria), 1 I, 70; 1 II, 7.
Karyophagus hominis, 1 II, 8.
Kaumaestesia, 6 II, 490.
Kéfir, 1 I, 10.
Kerion Celsi, 2, 336.
Kitasato (Reazione del), 1 II, 6.
Klemperer (Antipneumotossina di), 4 II, 330.
Koch (V. Bacillo di), 4 II, 13 e *passim*.
— (Linfa di), 4 II, 218.
— (Metodo di), 1 II, 138.
— (Tubercolina di), 1 II, 139.
Kopp (Asma di), 4 I, 132, 234; 6 III, 466.
Korsakoff (Malattia di), 6 III, 153.
Kousso nell'elmintiasi, 5 II, 147; XLV.
Kussmaul (Afrasia paranoica di), 6 III, 301.
— (Respirazione di), 1 I, 404.
— (Sindrome di), 1 I, 403.

L

Labbro leporino, 6 III, 259.
Labe nervosa ereditaria, 6 III, 2.
Lacrimazione nel morbo di Basedow, 6 II, 463.
Laënnec (Sintomi cavitari di), 4 II, 117.
— (Acefalocisti di), 5 II, 506.
Laillier (Acne decalvante di), 2, 471.
Landry (Malattia di), 6 II, 244.
Laudouzy-Déjerine (Malattia di), 6 III, 244.
Laparoclisi nel colèra, 1 II, 504.
Laparotomia nella peritonite perforante, 5 II, 196.
Lardaceina nell'urina, 5 II, 52.
Laringismo tabico, 6 I, 391.
Laringite *a crapula*, 4 I, 144.
— acuta sottoglottidica, 3 I, 227; LVIII.
— blenorragica, 2, 320.
— catarrale acuta, 4 I, 143.
— cronica, 4 I, 154.
— dei tubercolosi, 4 I, 190.
— difterica, 3 I, 219. V. *Crup*.
— emorragica, 4 I, 149.
Laringite erpetica, 4 I, 152.
— ghiandolare, 4 I, 165.
— granulosa, 4 I, 164.
— ipertrofica, 4 I, 158.
— morbillosa, 2, 86, 99.
— necrosante da morbillo, 2, 87.
— pachidermica di Virchow, 4 II, 125.
— pneumonica, 4 II, 361.
— professionale, 4 I, 155.
— secca, 4 I, 151.
— stridula, 3 I, 226; 4 I, 126, 147; LVIII.
— ulcerativa, 4 I, 160.
Laringo-tifo, 1 II, 238.
Laringospasmo nella tetania, 6 II, 512.
Lasègue (Malattia di), 6 III, 208.
Latirismo, 2, 771, 773; 6 I, 309; 6 III, 177, 178.
Lattasi, 1 I, 13.
Lattato di stronziana nelle nefriti, 5 II, 239.
Latte di animali ammalati di rabbia, 1 II, 78, 82.
— di animali tubercolotici, 1 II, 118; 5, II, 32; 4 II, 23, 268.

Latte e febbri eruttive, 2, 32.
— nel contagio della scarlattina, 2, 44.
— scremato nel diabete, 1 I, 425.
Lavatura dell'organismo, 2, 791.
— — nel coléra, 1 II, 497.
— — nel diabete, 1 I, 438.
— — nell'insolazione, 2, 791.
— del pericardio, 3 I, 35, 45.
— del peritoneo, 3 II, 226.
— gastrica, 3 I, 290.
— — e occlusione intestinale, 3 II, 94.
— — nel *cholera nostras*, 1 II, 505.
— — nella diarrea infantile, 3 II, 31.
— — nell'isterismo, 6 III, 536.
Lauro ceraso nella bronchite cronica, 4 I, 310.
— — nel reumatismo arterioso acuto; XCIX.
Lebbra, 2, 375; XVIII.
— anestetica, 2, 377, 379.
— bollosa, 2, 379.
— delle case, 1 I, 481.
— delle mucose, 2, 378.
— e siringomielite, 6 I, 468.
— lazzarina, 2, 379.
— maculosa, 2, 379.
— mista, 2, 381.
— mutilante, 2, 381.
— nervosa e siringomielite, 6 II, 243.
— sistematizzata nervosa, 2, 377.
— — tegumentaria di Leloir, 2, 377.
— trofoneurotica, 2, 377, 459, 462. V. *L. anestetica.*
— tubercolosa, 2, 377.
Lebert (Globulo di), 4 II, 7.
Lecorché (Azoturia essenziale di), 1 I, 439.
Legge di Baumès, 2, 268.
— di Baumgarten sulla generalizzazione della tubercolosi, 1 II, 114.
— di Bouillaud, 5 II, 19.
— di Broca, 6 I, 111, 116.
— di Buhl, 4 II, 182, 186.
— di Colin sulla malaria, 1 II, 396.
— di Colles, 1 I, 46; 2, 268, 287.
— di Garrod, 1 I, 457.
— di Godelier, 3 II, 211; 4 II, 194.
— di Graham, 3 II, 516.
— di Guérin, 1 I, 299.
— di Hunter, 2, 41.
— di Louis, 4 II, 7; 6 II, 35.
— di Marey, 4 I, 367.
— di Parrot, 4 II, 98, 271.
— di Profeta, 2, 545.
— di Stokes, 4 I, 121, 361.
— di Virchow, 6 II, 83; 6 III, 259.
Legge di coincidenza delle cardiopatie col reumatismo articolare acuto, 5 II, 19.
Lendini, 2, 329.
Lentiggine, 2, 397.
Leontiasi delle ossa di Virchow, 6 II, 434.
Lepride tubercoloso di Besnier, 2, 377.
Leproide tubercoloso di Bazin, 2, 377.
Leproma, 2, 377.
Leprosari, 2, 385.
Leptomeningite spinale acuta, 6 II, 75.
Leptothrix buccalis, 1 I, 9, 384; 3 I, 26, 151, 239; 4 I, 353, 513; 4 II, 403, 498.
— *pulmonalis*, 4 I, 342, 512; 4 II, 403.
Lesage (V. *Bacillo di*).
Lesione di Broca, 6 I, 111, 114.
Lesioni bulbari a focolaio, 6 I, 295.
— circumcaseose, 4 II, 197.
— dei peduncoli cerebellari, 6 I, 265.
— della coda equina, 6 II, 279.
— dell'udito nella sifilide, 2, 294.
— diabetidi della pelle, 1 I, 375.
— di Armanni Ehrlich nel diabete, 1 I, 374, 405.
— di Ebstein, 1 I, 405.
— elementari della pelle, 2, 323.
— intestinali uremiche, 5 II, 95.
— irritative della corteccia, 6 I, 18.
— istologiche nella miocardite, 5 I, 114.
— microbiche nella difterite, 3 I, 178.
— muscolari da recisione di nervi, 6 II, 142.
— oculari nella sifilide, 2, 294.
— ossee nelle neuriti traumatiche, 6 II, 144.
— paratisiche, 4 II, 132.
— polmonari da neuriti traumatiche, 6 II, 147.
— valvolari del cuore; LXXXIX.
— vescicali da compressione del midollo, 6 I, 490.
Letalità fetale nei tubercolotici, 4 II, 31.
— — nei degenerati, 6 III, 265.
— — nella sifilide, 2, 295.
Lettura del pensiero, 6 III, 295.
Leucemia, 2, 571; 4 II, 278; XXIV.
— e gravidanza, 2, 599.
— lienale linfatica, 2, 601.
— splenica, 1 II, 419.
Leuckart (Sporozoari di), 1 I, 19.
Leucocheratosi bocco-linguale, 2, 431.
Leucocitemia, 2, 572.
— negli animali domestici, 1 II, 8.
Leucociti basofili, 2, 579.
— eosinofili, 2, 579.
— melaniferi nel sangue di malarici, 3 II, 450.
— nella leucemia, 2, 579.

Leucocitosi, 2, 527, 579.
— fisiologica, 2, 527.
— nel cancro dello stomaco, 3 I, 391.
— nella difterite, 2, 528.
— nella febbre ricorrente, 1 II, 553.
— nella malaria, 1 II, 381, 553.
— nella polmonite, 2, 528.
— nelle suppurazioni, 2, 528.
Leucodermia, 2, 456.
Leucomaine, 1 I, 104.
— nella carne alimentare, 2, 738.
— tubercolari, 5 II, 181.
Leuconostoc, 1 I, 10.
Leucoplasia bocco-linguale, 2, 431; 3 I, 31.
Liberazione cardiaca, 5 I, 200.
Lichen, 2, 451; XXI.
— *agrius*, 2, 453. V. *Lichen polimorfo feroce*.
— corneo, 2, 453.
— di Wilson, 2, 434, 451.
— pilare, 2, 392.
— *planus*, 2, 451.
— polimorfo feroce (Vidal), 2, 418.
— *ruber* o *Lichen ruber acuminatus*, 2, 453.
— *scrofulosorum*, 2, 453.
— scorbutico, 2, 610.
— semplice cronico, 2, 452.
Lichenoide linguale, 2, 289.
Lienteria, 1 I, 298; 3 II, 26.
— nel cancro dello stomaco, 3 I, 386.
— nel morbo di Basedow, 6 II, 468.
Limitazione delle escursioni del globo oculare, 6 II, 329.
Limone nella malaria, 1 II, 426.
Linea di Ellis Damoiseau, 4 II, 429.
— scarlattinosa di Borsieri, 2, 51.
Linee di Frauenhofer, 2, 499.
Linfadenia, 2, 571.
— aleucemica, 2, 584, 595.
— cutanea, 2, 583.
— di Bonfils, 2, 587.
— follicolo-ipertrofica, 2, 582.
— iperplasica diffusa, 2, 582.
— leucemia, 2, 585, 599.
— neoplasica, 2, 582.
— mesentero-intestinale, 2, 585.
— ossea, 2, 582.
— perniciosa, 2, 586.
— splenica comune, 2, 584.
— — nei lattanti, 2, 576, 584.
Linfadenite cronica antracotica, 4, II, 276.
Linfadenoma, 2, 577.
— dello stomaco, 3 I, 370.
— tonsillare, 3 I, 115.
Linfa Koch, 1 I, 84, 113; 1 II, 139; 4 II, 218.
Linfa Koch (Controindicazioni della), 1 II, 142.
— — nella lebbra, 2, 384.
— — nel lupus, 1 II, 143.
— — (Pericoli della), 1 II, 141.
Linfangite nell'erisipela, 2, 242.
— polmonare, 4 I, 450.
— reticolare, 2, 242.
— tubercolare, 4 II, 92.
— tubercolo-gommosa, 2, 358, 360.
— — intestinale, 3 II, 37.
— ulcerosa, 2, 303.
Linfatismo, 4 I, 327, 331.
Linfa vaccinica e tubercolosi, 1 II, 119.
Linfoma, 2, 577, 582.
— del pericardio, 5 I, 71.
Linfosarcoma, 2, 577.
— tonsillare, 3 I, 115.
Lingua a carta geografica, 3 I, 30.
— di gatto nel mughetto, 3 I, 25.
— nera pelosa, 6 II, 384, 387.
— scarlattinosa, 2, 52.
Linguaggio elittico nella mania, 6 III, 89.
Lipanina nel rachitismo; II.
Lipemania. V. *Malinconia*.
Lipemia, 1 I, 322, 330; 4 I, 401, 404.
Lipoma del rene, 3 II, 306.
Lipomatosi generale, 1 I, 323.
— interstiziale lussureggiante, 6 I, 328.
Lipomi dello stomaco, 3 I, 370.
Lipotimia 1 II, 272, 273; 5 I, 328.
— da fosforismo, 2, 672.
— emottoica, 4 I, 14.
— nelle pericarditi, 5 I, 30.
— nell'influenza, 1 II, 328.
Liquido delle pleuriti, 4 II, 414.
— — (Esame microscopico del), 4 II, 420.
— — (Quantità del), 4 II, 449.
— di Baresville, 1 I, 393.
— di Burow, 2, 252.
— di Fehling, 1 I, 394.
— di Labarraque, 2, 275.
— di Raulin, 1 I, 158, 187.
— di violette, 1 I, 393.
— di Burow nell'eczema; XXII.
— di Cantani nella sifilide; XII.
— di Fowler nell'anemia perniciosa progressiva, 2, 571; XXIV, XXV.
— — nella clorosi, 2, 553; XXIV, XXV.
— — nella linfadenia, 2, 612; XXIV, XXV.
— di Hayem contro il colèra, 1 II, 498.
— di Kummerfeld nell'acne; XXIII.
— di Van Swieten nella sifilide; XII.
— — — nelle angine, 3 I, 53.
— di Vlemynx nell'acne; XVIII.

Liquido di Vlemynx nella prurigine; XIX.
— idatideo, **3** II, 507.
Lisi nella mania, **6** III, 103.
— nella polmonite, **4** II, 376.
Lissa, **6** III, 568. V. *Rabbia*.
Lissofobia, **6** III, 321.
Litiasi biliare, **1** I, 356; **3** II, 286; XLVIII.
— bronchiale, **4** I, 370.
— cistica, **5** II, 342.
— nautica, **5** II, 342, 348.
— pancreatica, **3** I, 418, 424.
— renale, **5** II, 340; CII.
Litina nella gotta, **1** I, 474, 476.
— nella renella dei bambini; II.
Little (Malattia di), **6** I, 69, 196, 202, 235, 441.
Liveing (Teoria di), **4** I, 237.
Lobelia nell'asma, **4** I, 241; LXII.
Lobulo epatico e lobulo biliare, **3** II, 342.
Localizzazioni anestetiche nel saturnismo, **2**, 641.
— cardiache del reumatismo articolare acuto **5** II, 21.
— cerebrali, **6** I, 3.
— della peritonite tubercolare, **3** II, 212.
— della psoriasi, **2**, 430.
— della scabbia, **2**, 326.
— dello zoster, **2**, 446.
— dell'ulcera molle, **2**, 301.
— del rachitismo, **1** I, 299.
— sensitive, **6** I, 1, 18.
Localizzazioni sifilitiche, **2**, 278.
Löffler (V. *Bacillo di*).
Loggia timica (Tumori della), **4** II, 278.
Logorrea nella mania, **6** III, 89.
Longevità dei paranoici, **6** III, 229.
Looks, **4** I, 263.
Lordosi, **6** II, 313.
Louis (Legge di), **4** II, 7.
Lozione di Hebra nella scabbia; XV.
Lozioni fredde nella miliare, **2**, 211.
— — nelle febbri eruttive, **2**, 38.
— — nella scarlattina, **2**, 79.
Lucido intervallo nella pazzia periodica, **6** III, 194, 201.
Ludwig (Angina di), **2**, 237; **3** I, 11.
Luppolina nella gonorrea; XIV.
Lupus, **1** II, 123; XVII.
— acneico. V. *Lupus eritematoso*.
— delle mucose, **2**, 365.
— dell'orecchio medio e interno, **2**, 365.
— di Willan. V. *Lupus volgare*.
— eritematoso, **2**, 371; XVIII.
— *rodens*, **2**, 388.
— sifilitico, **2**, 369.
— tubercolare. V. *Lupus volgare*.
— volgare, **2**, 362.
Lushka (V. *Borsa faringea di*).
Lussazione del rene, **5** II, 329.
Lustgarten (V. *Bacillo di*).
Lyssophyton di Hallier, **1** II, 100.

M

Macchia cutanea, **2**, 323.
Macchie cerulee nella ftiriasi del pube, **2**, 332.
— — nella sinoca, **2**, 332.
— — nella tifoide, **2**, 332.
— — nel paludismo, **2**, 332.
— rosse lenticolari nei tisici, **4** II, 191.
Macrocefalia, **6** I, 208; **6** III, 258.
Macrodontismo, **6** I, 207.
Macroglossia, **6** II, 432.
Macropsia isterica, **6** III, 489.
Magnesia benzoica nel colèra europeo, **1** II, 506.
— nell'avvelenamento da arsenico, **2**, 665; XXVI.
— nelle enteriti, **3** II, 17; XLI.
Maidismo, **2**, 742; **6** III, 170.
Malaria, **1** II, 349; V.
— e allattamento, **1** II, 417.
Malaria e ascessi pancreatici, **3** I, 419.
— e gravidanza, **1** II, 415.
— e mestruazione, **1** II, 414.
— e polmonite, **4** II, 340.
— e pseudotifo, **1** II, 535.
— e puerperio, **1** II, 413.
— e tifo, **1** II, 411.
— (Incubazione della), **1** II, 394.
— (Polimorfismo clinico della), **1** II, 396.
— (Trasmissione dalla madre al feto della), **1** II, 417.
Malattia amiloide, **3** II, 502.
— azzurra. V. *Cianosi*.
— bronzina. V. *Morbo d'Addison*.
— dei cardatori di lana, **1** II, 24.
— dei cenciaiuoli, **1** II, 24.
— dei mistici, **6** III, 300.

Malattia dei tic convulsivi, **6** III, 325-394, 412, 419.
— dei vagabondi, di Vogt e Greenhow, **2**, 331.
— delle ghiandole, di Barbados. V. *Elefantiasi.*
— delle navi, **2**, 7.
— delle prigioni, **2**, 3.
— delle trincee, **3** II, 104.
— dell'infanzia e degenerazione, **6** III, 256.
— del sonno, **1** II, 322.
— di Addison, **1** I, 268; **5** II, 362, 370; CIII.
— — e tubercolosi, **5** II, 376.
— di Aran-Duchenne. Vedi *Malattia di Duchenne-Aran.*
— di Barlow, **1** I, 309; **2**, 612, 620.
— di Basedow, **5** I, 316; **6** I, 395, 465; **6** II, 383, 450, 458; **6** III, 453.
— — e malattia d'Addison, **5** II, 383.
— — nella tabe, **6** I, 395.
— — sintomatica, **6** II, 471.
— di Bayle, **5** III, 3.
— di Beard, **3** I, 271; **6** III, 439.
— di Biermer, **2**, 569.
— di Bostoc, **4** I, 47.
— di Bright; c. V. *Nefrite cronica.*
— di Charcot, **6** I, 280, 236, 301, 331, 466; **6** II, 266.
— di Charcot-Guinon, **6** III, 244.
— di Charcot-Marie, **6** I, 323.
— di Corrigan, **5** I, 213.
— di Cotugno. V. *Sciatica.*
— di cuore e gravidanza, **5** I, 493.
— di Dressler, **5** II, 132.
— di Dubini, **6** III, 423.
— di Duchenne, **4** I, 106; **6** I, 274.
— di Duchenne-Aran, **4** I, 107; **6** I, 280, 303, 313, 454, 466, 505; **6** II, 258, 278, 419.
— di Duchenne-Landouzy, **6** I, 286, 304, 334; **6** II, 258, 272, 397.
— di Dupuytren, **6** II, 496.
— di Erb, **6** I, 274, 289; **6** III, 244.
— di Flaiani. V. *Malattia di Basedow.*
— di Fothergill. V. *Nevralgia facciale.*
— di Friedreich, **6** I, 69, 252, 301, 357, 416, 418; **6** III, 244.
— di Grancher, **4** I, 385.
— di Graves. V. *Malattia di Basedow.*
— di Grasset e Rauzier, **6** II, 494.
— di Hanot, **3** II, 444. V. *Cirrosi bilaterale ipertrofica.*
— di Hodgkin, **2**, 572, 587; **4** II, 278.
— di Hodgson, **5** I, 213, 443.
— di Huntington, **6** III, 244.
— di Korsakoff, **6** III, 153.
— di Landry, **6** II, 224.
Malattia di Landouzy-Déjerine, **6** III, 244.
— di Lasègue, **6** III, 208.
— di Little, **6** I, 69, 196, 202, 235, 441.
— di Marie, **6** II, 429, 499; **6** III, 244.
— di Ménière, **6** I, 231, 247, 348, 376; **6** III, 540, 544, 552.
— — intermittente, **1** II, 409.
— di Morton, **6** II, 381, 497.
— di Morvan, **6** I, 457, 459, 463, 562; **6** II, 242, 279, 494.
— — e siringomielia, **6** I, 463.
— di Paget, **1** I, 19, 80; **2**, 468.
— di Parkinson, **6** I, 29, 61; **6** III, 55, 244, 426.
— di Pott, **6** I, 478, 498.
— di Raynaud, **2**, 383, 459, 462; **4** I, 41; **6** II, 492, 501; **6** III, 263.
— — itterica, **6** II, 505.
— di Reichmann, **3** I, 254, 277.
— di Roth, **6** II, 488.
— di Rougnon Heberden, **5** I, 308.
— di Sander, **6** III, 290, 308, 349.
— di San Rocco, **4** I, 463.
— di Stokes-Adam, **6** I, 128.
— di Thomsen, **6** I, 291, 447; **6** III, 433.
— di Weil, **3** II, 324; **4** I, 388.
— — d'origine tossica, **3** II, 315.
— di Weir Mitchell, **6** II, 494.
— di Werlhof, **2**, 415.
— di Woillez, **4** I, 378, 385.
— idroencefaloide dei bambini, **6** I, 131.
— ossea di Paget, **1** I, 484; **6** II, 434, 500.
— piocianica, **1** I, 79.
Malattie di cuore e tubercolosi, **4** II, 56, 67.
— fermentative di Bressy, **1** I, 3.
— gastro-intestinali e tubercolosi, **4** II, 57.
— infettive e tubercolosi, **4** II, 58.
— — e isterismo, **6** III, 483.
— — e mania, **6** III, 86.
— nervose e tubercolosi, **4** II, 63.
Mal caduco, **6** III, 458. V. *Epilessia.*
— del bazzuccolo, **1** II, 297.
— del castrone, **1** II, 297.
— del coito maligno del cavallo, **1** II, 7.
— del mazzacollo, **1** II, 297.
— del sole. V. *Pellagra.*
— di Caienna. V. *Elefantiasi.*
— di mare, **6** III, 665; CXV.
— di San Giovanni. V. *Epilessia.*
— francese, **2**, 263.
— — dei bovini, **1** II, 131.
— galantino, **1** II, 297.
— mattone, **1** II, 297.
— napoletano, **2**, 263.
— perforante, **1** I, 390; **6** I, 377.

Mal perforante del piede, **2**, 383; **6** II, 496.
— — nella paralisi generale progressiva, **6** III, 48.
— — nella siringomielite, **6** I, 457.
— sacro, **4** I, 236.
— salso. V. *Pellagra*.
Malinconia, **6** III, 107; CXII.
— acuta, **6** III, 122.
— allucinatoria, **6** III, 123.
— agitante, **6** III, 125.
— ansiosa, **6** III, 125.
— attiva, **6** III, 125.
— attonita, **6** III, 123.
— con delirio, **6** III, 122.
— con reazione astenica, **6** III, 123.
— — — iperstenica, **6** III, 125.
— con stupore, **6** III, 123, 153, 200.
— cronica, **6** III, 126.
— degenerativa, **6** III, 345.
— depressiva con idee deliranti, **6** III, 122.
— eretistica, **6** III, 125.
— grave, **6** III, 125.
— iperacuta, **6** III, 123.
— ipocondriaca, **6** III, 122.
— ostinata, **6** III, 128.
— passiva, **6** III, 122.
— periodica, **6** III, 195.
— persecutoria, **6** III, 122.
— precordiale, **6** III, 125.
— puerperale, **6** III, 131.
— ragionante, **6** III, 199.
— religiosa, **6** III, 122.
— semplice, **6** III, 56, 122.
— — dolorosa, **6** III, 122.
— senza delirio, **6** III, 122.
— subacuta, **6** III, 122.
Mancanza congenita del cervelletto, **6** I, 253.
— della sensazione di fatica muscolare nella tabe, **6** I, 370.
Mancinismo, **6** III, 260.
— sensorio, **6** III, 263.
Mangiatori d'oppio, **2**, 698.
Mania, **6** III, 82; CXI.
— acuta, **1** II, 263; **6** III, 198.
— acutissima, **6** III, 158.
— *aebriorum acutissima*, **6** III, 98.
— blasfematrice, **6** III, 325.
— con furore, **6** III, 99.
— cronica, **6** III, 97.
— da ergotismo, **6** I, 308.
— degenerativa, **6** III, 343.
— dei litiganti, **6** III, 296.
— di carattere, **6** III, 280.
— epilettica, **6** III, 467.
Mania grave, **6** III, 158.
— idiopatica, **6** III, 82.
— pellagrosa, **6** III, 144.
— periodica, **6** III, 195.
— puerperale, **6** III, 86.
— ragionante, **6** III, 100, 277, 280.
— reumatica, **5** II, 28.
— sintomatica, **6** III, 82.
— subacuta, **6** III, 100.
— transitoria, **6** III, 98, 102.
— — nell'avvelenamento da ossido di carbonio, **2**, 718.
— uremica, **5** II, 86.
Manicomi e tubercolosi, **4** II, 34.
Manifestazioni auricolari dell'isterismo, **6** III, 539.
Mano ad artiglio, **1** I, 486; **6** II, 303, 306.
— — da paralisi del cubitale, **6** II, 344.
— — nella malattia di Charcot, **6** I, 332.
— — nella miopatia primitiva progressiva, **6** I, 334.
— di predicatore (Charcot), **6** II, 79.
— di scimmia, **6** I, 454.
— d'ostetrico nella tetania, **6** II, 511.
Marey (Legge di), **4** I, 367.
— (Pneumografo di), **4** I, 433.
Marie (Malattia di), **6** II, 429; **6** III, 244.
Marsch (Apparecchio di), **2**, 667.
Martello di Mayor, **1** I, 278; **2**, 697.
Maschera miopatica, **6** II, 411, 416.
Mascolinismo, **6** III, 260, 339.
Massaggio, **1** I, 472, 281, 435.
— elettrico, **6** II, 421.
— nel crampo degli scrivani, **6** III, 650.
— nella confusione mentale, **6** III, 155.
— nella linfadenia, **2**, 602.
— nella neurastenia, **6** III, 456.
— nella tabe, **6** I, 417.
— nelle gastropatie, **3** I, 291.
— nelle neuriti, **6** II, 287.
— nell'insolazione, **2**, 791.
— nel tumore di milza da malaria, **1** II, 427.
Mastodinia, **6** II, 391.
Masturbazione negli idioti, **6** I, 209.
— nella pazzia periodica, **6** III, 198.
Materassi d'acqua fredda, **1** II, 269.
Materia tubercolare, **4** II, 71.
Matrimonio dei tisici, **4** II, 264.
— fra consanguinei, **6** III, 255.
Mattoidismo, **6** III, 275, 285.
— grafomane, **6** III, 302.
— megalomane, **6** III, 275.
— persecutorio, **6** III, 290.
— pseudogeniale, **6** III, 275.

Mattoidismo pseudoscientifico, **6** III, 296.
Maury (Allucinazioni ipnagogiche di), **6** III, 308.
Mayor (Martello di), **1** I, 278; **2**, 697.
Mediastino pericardite, **6** II, 271.
— — callosa, **5** I, 21, 48.
Medicamenti alteranti, **1** I, 433.
— bacillicidi, **4** II, 220.
— di risparmio, **1** I, 433.
— nervini, **1** I, 434.
— risolventi, **1** I, 494.
— rivulsivi, **1** I, 494.
— specifici, **1** I, 213.
Meditazione della morte, di Seneca, **4** I, 230.
Megalomania, **6** III, 223, 304.
Meiopragia, **4** I, 366.
— (d'origine arteriosa), **5** I, 393.
— e stenosi mitrale, **5** I, 243.
— funzionale, **4** I, 436.
Melalgia dei tisici, **4** II, 115.
Melampirismo, **2**, 777.
Melanemia nella malaria, **1** II, 380, 383.
Melanina nel sangue dei malarici, **3** II, 450.
— nei tumori melanotici del fegato, **3** II, 534.
Melanismo, **6** III, 261.
Melanodermia, **1** I, 372; **2**, 281.
— da pidocchi, **2**, 331.
— ftiriasica, **5** II, 374.
— nel morbo d'Addison, **5** II, 371.
Melanomi nodulari del fegato, **3** II, 535.
Melanosi negli animali, **1** II, 8.
Melena dei neonati, **3** II, 126.
Membrana connettiva pericistica, **3** II, 506.
— idatidea nel fegato, **3** II, 505.
— pseudodifterica, **3** I, 172.
Memoria nella mania, **6** III, 90.
Mendacio nei pazzi morali, **6** III, 282.
Menière (V. *Malattia di*).
Meningi nella tabe, **6** I, 402.
Meningismo, **6** II, 4; **6** II, 47.
— nella febbre tifoide, **6** II, 51.
— nella malaria, **6** II, 51.
— nell'imbarazzo gastrico, **6** II, 51.
— nell'influenza, **6** II, 51.
— nell'uremia, **6** II, 51.
— nel reumatismo cerebrale, **6** II, 51.
— riflesso da dentizione laboriosa, **6** II, 47.
— — da elmintiasi, **6** II, 48.
Meningite acuta; CVI.
— ascendente nel decubito acuto, **6** I, 32.
— bacillare, **6** II, 15.
— cerebrale acuta, **6** II, 3.
— cerebro-spinale, **1** II, 263; **2**, 62; **6** II, 16.
— — — epidemica, **1** I, 77; **6** II, 15, 22.
— — — scarlattinosa, **2**, 62.
Meningite cerebro-spinale circoscritta, **6** II, 25.
— da bacillo del tifo, **1** II, 203, 254.
— da infezioni auricolari, **6** II, 8.
— — generali, **6** II, 9.
— da lesioni traumatiche della testa, **6** II, 8.
— da pneumococco, **4** II, 354, 357; **6** II, 9, 21.
— da stafilococco, **6** II, 15.
— da streptococco, **6** II, 14.
— degli alcoolisti, **6** II, 24.
— dei fanciulli, **6** II, 24, 44.
— dei neonati, **6** II, 24, 44.
— dei vecchi, **6** II, 24, 44.
— della base, **6** II, 24.
— della convessità, **6** II, 24, 46.
— gommosa diffusa, **6** II, 86.
— mista, **6** II, 15.
— nella febbre tifoide, **6** II, 9, 22.
— nelle angine da pneumococco, **3** I, 60.
— nel corso di peritonite tubercolare, **3** II, 220.
— parziale, **6** II, 46.
— primitiva, **6** II, 20.
— sclerogommoso, **6** II, 85.
— secondaria, **6** II, 21, 45.
— sifilitica basilare, **6** II, 90.
— spinale acuta, **6** II, 73.
— — cronica, **6** II, 77.
— — sifilitica, **6** II, 106, 111.
— tubercolare, **6** II, 25, 26, 43; CVI.
— — cerebro-spinale, **6** II, 46.
— unilaterale, **6** II, 25.
Meningomielite embrionaria diffusa, **6** II, 109.
— nella blenorragia, **6** I, 305.
— sifilitica, **6** II, 112.
— spinale, **6** II, 75.
Menopausa, **6** I, 133.
— e psicosi, **6** III, 342.
Menorragia delle clorotiche, **2**, 555; XXV.
Mentagra, **2**, 340.
Mentol disinfettante intestinale; II.
— nei geloni, **2**, 406.
— nel colèra, **1** II, 502.
— nella difterite, **3** I, 217; XXXIV.
— nella pertosse; LXIII.
— nella prurigine; XIX.
— nella tisi laringea; LX.
— nella tosse faringea; LVIII.
— — — gastrica dei tisici, **4** II, 260; LXXXI.
— nella tubercolosi cutanea; XVII.
— nell'acne; XXII.
— nelle bronchiti, **4** I, 296; LXIX.
— nelle nevralgie; CVIII.
— nell'influenza, **1** II, 338.
— nell'iperemia delle fosse nasali, **4** I, 9; LIII.
— nell'iperestesia faringea, **3** I, 36; XXXI.

Mentol nell'orticaria, 2, 426.
— nell'ulcera gastrica, 3 I, 369.
Meralgia parestetica, 6 II, 488.
— anteriore, 6 II, 490.
Mercurio nel diabete, 1 I, 433.
— nella febbre ricorrente, 1 II, 556.
— nella morva, 1 II, 72.
— nella paralisi generale progressiva, 6 III, 62.
— nella sifilide, 2, 298.
— — — dei centri nervosi, 6 II, 120; CVII.
— — — epatica, 3 II, 475; L.
— — — laringea, 4 I, 174; LIX.
— nella tabe, 6 I, 416.
— nello scorbuto, 2, 619.
— nel reumatismo blenorragico, 2, 319.
Mericismo, 6 III, 262.
Mestruazione e malattia, 1 I, 51.
— e psicosi, 6 III, 342.
— nel tifo, 1 II, 287.
Metallofobia, 6 III, 319.
Metalloterapia nelle nevralgie, 6 II, 371.
— nell'isterismo, 6 III, 535.
Metamorfopsia, 2, 598.
Metamorfosi delle sensazioni, 6 I, 372.
Metastasi gangrenosa, 4 II, 412.
— misteriose, 5 I, 360.
Metchnikoff (Teoria di), 4 II, 77.
Metemoglobinuria, 5 II, 122.
Meteorismo nella peritonite acuta, 3 I, 193.
— nell'ileo-tifo, 1 II, 229.
— nell'occlusione intestinale, 3 II, 78.
Metilal; CXI.
Metodo dell'olio di Klemperer, 3 I, 262.
— del pollice di Glénard, 3 II, 237.
— del salolo di Ewald e Sievers, 3 I, 262.
— di Brown-Séquard, 4 II, 252.
— di Cohn, 1 I, 5.
— di Ehrlich, 1 II, 113; 2, 515; 4 II, 13.
— di Gabbet, 4 II, 15.
— di Gram, 2, 308; 4 II, 298.
— di Gunther per colorare gli spirilli, 2, 514.
— di Hayem e Winter, 3 I, 249, 252, 254; 4 II, 139.
— di Hermann, 4 II, 14.
— di Jendrássik per l'esame dei riflessi, 4 I, 416.
— di Koch nella cura della tubercolosi, 1 II, 138.
— di Leube, 3 I, 262.
— di Petrescu nella cura della polmonite 4 II, 348.
— di Pition e G. Roux, 4 II, 15.
— di Stocquart, 4 II, 15.
— di Ziehl, 4 II, 14.
Metodo ossidante nelle malattie del fegato, 3 II, 255.
Metrite pneumonica, 4 II, 306.
Metrorragia malarica, 1 II, 414.
Meynert (Amenza attonita di), 6 III, 242.
Mialgia saturnina, 2, 641.
Miastenia grave pseudoparalitica, 6 I, 289.
Micosi fungoide, 2, 585, 593.
— leptotricia, 4 I, 136.
— — delle tonsille, 5 I, 105, 238.
Microbii del sudore, 2, 474-5.
— nei muscoli, 1 I, 110.
— nella pelle, 1 I, 111.
— nelle sierose, 1 I, 112; 5 I, 181.
— nello stomaco, 3 I, 257.
— nel sangue, 5 I, 142.
— — della febbre epatica, 3 II, 284.
— — nell'endocardite, 5 I, 181.
Microbio della saliva umana, 1 I, 62.
— del pus bleu, 4 II, 133.
Microbiologia degli ascessi cerebellari, 6 I, 250.
— — — cerebrali, 6 I, 183.
— — — epatici, 3 II, 365.
— degli emboli, 4 I, 411.
— degli orecchioni, 2, 212.
— delle bronchiettasie, 4 I, 362.
— della broncopolmonite, 4 II, 373.
— della caverna tubercolare, 1 II, 131.
— della corea, 6 III, 376.
— — — elettrica, 6 III, 424.
— della dissenteria, 3 II, 98.
— della febbre mediterranea, 1 II, 524.
— della gangrena polmonare, 4 II, 403.
— della leucemia, 2, 575.
— della litiasi renale, 3 II, 342.
— della meningite, 1 I, 77; 6 II, 9, 13, 23.
— della miliare, 2, 200.
— della nefrite infettiva, 5 II, 356.
— dell'anemia perniciosa progressiva, 2, 560, 568.
— della pericardite, 5 I, 18.
— della peritonite, 3 II, 180, 185.
— della pileflebite suppurata, 3 II, 384.
— della polmonite lobare, 4 II, 298.
— della psoriasi, 2, 432.
— della scarlattina, 2, 46.
— della sifilide, 2, 268.
— della tonsillite parenchimatosa acuta, 3 I, 75.
— della tubercolosi, 4 II, 114, 131.
— della varicella, 2, 171.
— delle angine, 3 I, 61.
— delle angiocoliti, 3 II, 279.
— delle cisti idatidi del fegato, 3 II, 515.
— delle febbri eruttive, 2, 36.

Microbiologia dell'endocardite reumatica, 5 I, 142.
— — ulcerosa, 5 I, 155.
— dell'erpete, 2, 443.
— delle nefriti, 5 II, 168.
— delle steatosi epatiche, 3 II, 495.
— dell'intestino, 3 II, 8, 20, 64, 98.
— dell'ipertrofia tonsillare faringea, 3 I, 124.
— dell'ittero grave, 3 II, 337.
— dello scorbuto, 2, 617.
— del morbillo, 2, 89.
— nel vaccino, 2, 187.
— del vaiuolo, 2, 138.
Microbismo latente, 1 I, 31; 2, 236; 3 I, 97; 3 II, 285.
— — nelle vie biliari, 3 II, 280.
Microcefalia, 6 I, 208; 6 III, 258.
Microcitemia, 2, 520.
Microciti nel sangue, 2, 519.
Micrococco piogene, 2, 223.
— tetragono, 1 I, 31, 64, 91, 124; 4 I, 280; 4 II, 403, 498.
Micrococcus phosphoreus, 1 I, 12.
— *prodigiosus*, 1 I, 12, 13.
Microdontismo, 6 I, 207.
— nella sifilide ereditaria, 2, 294.
Microftalmo, 6 III, 259.
Microglossia, 6 III, 259.
Micropoliadenopatia dei bambini tubercolari, 4 II, 204.
Micropsia isterica, 6 III, 489.
Microorganismi saprogeni, 4 II, 404.
Microsomia, 6 III, 261.
Microsporon Audouini, 2, 349.
— *diphtericum*, 3 I, 151.
— *furfur*, 2, 342, 353.
— *minutissimum*, 2, 355.
Microzymas, 1 I, 10.
Midaleina, 1 I, 171.
Midollo nastriforme, 6 I, 449.
— pellagroso, 6 I, 314.
— osseo nel vaiuolo, 2, 137.
Midriasi dei cardatori di lana, 4 I, 277.
— nella pertosse, 4 I, 252.
— nelle oftalmoplegie, 6 II, 331.
Mielastenia, 6 III, 450.
Mielite acuta, 6 I, 314; 6 II, 76.
— — nella sifilide, 6 II, 115.
— blenorragica, 2, 319.
— bulbare acuta, 6 I, 293.
— da compressione, 6 I, 480.
— da ergotismo, 6 I, 308.
— da intossicazione minerale, 6 I, 306-307.
— — animale, 6 I, 306.
Mielite da intossicazione vegetale, 6 I, 306.
— da latirismo, 6 I, 309.
— dorsale sifilitica, 6 II, 114.
— nella pellagra, 6 I, 312.
— sclerosante diffusa, 6 II, 109.
— sperimentale, 6 I, 481.
— trasversa, 6 I, 335.
Mignatte nell'insolazione, 2, 791.
Migranina nell'emicrania, 6 III, 626.
Miliare, 2, 111, 197.
— ambulante, 2, 207.
— bianca, 2, 205.
— bollosa, 2, 205; XI.
— della difterite, 4 I, 322.
— di Piccardia, 2, 198.
— e gravidanza, 2, 209.
— e pseudotifo, 1 II, 535.
— fulminante, 2, 207.
— inglese, 2, 198.
— morbillosa, 2, 208.
— rossa, 2, 205.
— — dei tisici, 4 II, 116.
— secondaria, 2, 208-209.
— sudorale, 2, 475.
Millar (Asma di), 4 I, 132, 234; 6 III, 466.
Miller (V. *Bacillo di*).
Milza nel dermotifo, 2, 21.
— nella malaria, 1 II, 384, 389, 398, 410, 427.
— nella polmonite, 4 II, 305, 327.
— nella scarlattina, 2, 50.
— nella sifilide, 2, 277.
— nella tubercolosi polmonare, 4 II, 142.
— — — miliare acuta, 4 II, 186.
— nell'ileo-tifo, 1 II, 221, 229.
— nel tifo esantematico, 2, 21.
— nel vaiuolo, 2, 136.
Mimetismo sociale, 6 III, 295.
Mimica nella mania, 6 III, 89.
Mineralizzazione, 1 I, 281.
Mioangionevrosi intestinale con ipersecrezione mucosa, 3 II, 18.
Miocardite acuta, 5 I, 99.
— — diffusa non suppurata, 5 I, 100.
— aritmica, 5 I, 123.
— asistolica, 5 I, 123.
— attenuata, 5 I, 109.
— cardiaca, 5 I, 109.
— cronica, 5 I, 99, 111; LXXXVIII.
— dolorosa, 5 I, 123.
— indurativa, 5 I, 405.
— intestinale, 5 I, 99.
— nelle malattie infettive, 5 I, 102.
— nel vaiuolo, 2, 158.
— parenchimatosa, 5 I, 99.

Miocardite polmonare, 5 I, 123.
— sclerosa, 5 I, 405.
— sincopale, 5 I, 109.
— suppurata interstiziale, 5 I, 100.
— — nelle malattie infettive, 5 I, 100.
— tachicardica, 5 I, 123.
Mioclonia, 6 III, 413.
Mioedema o Mioidema, 4 II, 146; 6 I, 510.
Miomi dello stomaco, 3 I, 370.
— del miocardio, 5 I, 136.
Miopatia atrofica primitiva, 6 II, 398.
— progressiva primitiva. V. *Malattia di Duchenne-Landouzy*.
Miopatie neuritiche, 6 II, 198.
Miosalgia, 6 II, 369.
Miosi nel tifo esantematico, 2, 27.
— uremica, 5 II, 94.
Miosite da strapazzo, 6 II, 487.
Miotonia, 6 III, 433.
Mirtolo nella gangrena dei bronchi, 4 I, 344; LXXII.
Misdeismo, 6 III, 288.
Miseria fisiologica e tubercolosi, 4 II, 57.
Misofobia, 6 III, 315, 319, 451.
Misoneismo, 6 III, 331.
Mitilotossina di Brieger, 1 I, 33; 2, 739; 3 II, 398.
Mixoedema, 1 I, 266; 6 II, 434, 444.
— congenito, 6 II, 447.
— operatorio, 6 II, 444, 448; 1 I, 266.
— spontaneo, 6 II, 445.
Mixomi del miocardio, 5 I, 136.
Mobilizzazione dei bacilli tubercolari, 1 II, 141.
Mogifonia dei cantanti, 6 III, 646.
— paralitica, 4 I, 131.
— spasmodica, 4 I, 131.
Mollusco contagioso, 1 I, 19; 2, 465.
— fibroso, 2, 396.
— pendulo, 2, 466.
Monas lens, 4 I, 513; 4 II, 404.
Monoartrite blenorragica, 2, 317.
Monofobia, 6 III, 321.
Monoideismo nella mania, 6 III, 87.
Monomania, 6 III, 275.
— affettiva, 6 III, 283.
— concentrata sentimentale. V. *Malinconia*.
— dell'amor casto, 6 III, 307.
— della tenia, 3 II, 145.
— delle invenzioni, 6 III, 302.
— del litigio, 6 III, 296.
— di gelosia, 6 III, 306.
— distruttrice, 6 III, 328.
— erotica, 6 III, 306.
— impulsiva, 6 III, 243, 280, 323.
Monomania incendiaria, 6 III, 327.
— intellettuale, 6 III, 208, 243.
— omicida, 6 III, 311, 329.
— ragionante o affettiva, 6 III, 198, 280.
— religiosa, 6 III, 300.
— suicida, 6 III, 328.
— volitiva, 6 III, 283.
Monomorfismo costante dei batterii, 1 I, 16.
Monoplegia, 6 I, 14.
— associata, 6 I, 37.
Monopsicosi di persecuzione, 6 III, 208.
Morbillo, 2, 83; X.
— abortivo, 2, 96.
— a forma polmonare, 2, 96.
— — emorragica, 2, 97.
— anomalo, 2, 95.
— congenito, 1 I, 39.
— e gravidanza, 2, 107.
— e puerperio, 2, 107.
— e scarlattina, 2, 41.
— maligno, 2, 115. V. *Morbillo nervoso*.
— nervoso, 2, 96, 115.
— polmonare, 2, 116.
— secondario, 2, 97.
— soffocante, 2, 97.
— terminale, 2, 97.
— (Trasmissione dalla madre al feto del), 2, 110.
Morbo. V. *Malattia*.
Morbus arteriarum senilis, 6 I, 166.
— *coxae senilis*, 1 I, 484; 6 I, 166.
Morfina e atropina, 2, 697.
— nei vizi di cuore, 5 I, 206, 230; XCII.
— nel coléra, 1 II, 504.
— nel dengue, 1 II, 349.
— nel diabete, 1 I, 432.
— nella bronchite capillare, 4 I, 340.
— nella dispnea dei tisici, 4 II, 258; LXXXI.
— nella laringite; LIX.
— nella miliare, 2, 211; XI.
— nella pertosse, 4 I, 265; LXIV.
— nella rabbia, 1 II, 101.
— nella tabe, 6 I, 417.
— nella tisi laringea; LX.
— nell'anemia cerebrale; CV.
— nell'*angina pectoris*, 5 I, 326.
— nell'asma, 4 I, 239; LXI.
— nell'avvelenamento da cocaina; XXVII.
— nelle nevralgie, 6 II, 370; III.
— nelle peritoniti, 3 II, 197; XLVIII.
— nell'emicrania, 6 III, 626.
— nell'endocardite, 5 I, 184.
— nell'insolazione, 2, 791.
— nell'isterismo; CXIV.

Morfina nell'urina, 2, 704.
— nel saturnismo, 2, 645; xxv.
— nel tetano; cxv.
Morfinismo, 2, 698; 6 III, 170, 177; xxvi.
— abituale soddisfatto, 6 III, 185.
— e gravidanza, 2, 702.
— insoddisfatto, 6 III, 187.
Morfinococainomania, 6 III, 188.
Morfiomania, 2, 699; 6 III, 178, 184; xxxi.
Moria, 6 III, 100.
Morphoea di Wilson, 2, 460, 462.
Morsicatura della lingua nell'accesso epilettico, 6 I, 73.
— nella rabbia, 1 II, 76.
Mortalità infantile nei degenerati, 6 III, 266.
Morte apparente nel colèra, 1 II, 467.
— dei tisici, 4 II, 172.
— dopo la toracentesi, 4 II, 455.
— improvvisa da felce maschio, 3 II, 148.
— — degli alcoolisti, 6 II, 24.
— — dei cirrotici per emorragia gastrointestinale, 3 II, 422.
— — negli obesi, 1 I, 334, 355.
— — nei degenerati, 6 III, 266.
— — nei tisici, 4 II, 173.
— — nell'ascesso cerebrale, 6 I, 186.
— — nella difterite, 3 I, 193.
— — nella dilatazione del cuore, 5 I, 86.
— — nella febbre tifoide, 1 II, 243.
— — nella mania, 6 III, 98.
— — nella miocardite, 5 I, 109.
— — nella neurite apoplettiforme, 6 II, 224.
— — nella paralisi generale progressiva, 6 III, 53.
— — nella pleurite, 4 II, 437.
— — nella polineurite, 6 II, 218.
— — nella polmonite, 4 II, 523.
— — nella puntura di cisti idatidi del fegato, 3 II, 522.
— — nella stenosi bronchiale, 4 I, 366.
— — nella stenosi polmonare, 5 I, 261.
— — nelle aortiti, 5 I, 436.
— — nell'emorragia bulbare, 6 I, 296.
— — — della protuberanza, 6 I, 262.
— — nell'emopericardio, 5 I, 66.
— — nell'*ictus* laringeo, 4 I, 139.
— — nell'insufficienza della polmonare, 5 I, 265.
— — nel tifo, 1 II, 257.
— — — malarico, 1 II, 255.
— — per congestione polmonare gravidica, 4 I, 385.
— — per embolismo cerebrale nell'endocardite piemica, 5 I, 179.
Morte improvvisa per sincope in embolismo polmonare, 4 I, 398.
— — — nell'insufficienza aortica, 5 I, 226.
— — per sinfisi cardiaca, 5 I, 56.
— — prima del parto, 4 II, 546.
— nel diabete, 1 I, 402.
— nella peritonite acuta, 3 II, 193.
— nella rabbia, 1 II, 92.
— nell'emorragia cerebrale, 6 I, 172.
— nel rammollimento cerebrale, 6 I, 154.
— *parlando*, 3 II, 194.
— per colpo all'epigastrio, 3 I, 266.
— per il fegato, 1 I, 141.
— — — nella malaria, 3 II, 458.
— per il polmone, 1 I, 141.
— per il rene, 1 I, 141.
— per sincope nell'*angina pectoris*, 5 I, 322.
— — — nella sinfisi cardiaca, 5 I, 56.
— rapida nel cancro polmonare, 4 I, 501.
— — nella peritonsillite flemmonosa, 3 I, 74.
— — nella pleurite, 4 II, 436.
— — nell'edema polmonare, 4 I, 391.
— — nell'emorragia sottoaracnoidea, 6 II, 67.
— — per asfissia in embolismo polmonare, 4 I, 398.
— — per dispnea acuta nella sifilide del miocardio, 5 I, 133.
— — per edema della glottide, 4 I, 75.
Morton (V. *Malattia di*).
— (Perniciosa pneumonica di), 4 II, 341.
— (Tosse di), 4 II, 100.
Morva (Bacillo della), 1 I, 68; 1 II, 3, 48.
— acuta, 1 II, 56, 263.
— ambulatoria di Bollinger, 1 II, 56.
— congenita, 1 I, 40.
— cronica, 1 II, 62.
— dei solipedi, 1 II, 70.
— (Trasmissione dalla madre al feto della), 1 II, 69.
Morvan (Malattia di), 6 I, 457, 562; 6 II, 242, 494.
Mosche e infezione tubercolare, 1 II, 120.
— volanti nel morbo di Basedow, 6 II, 463.
Movimenti coatti nella mania, 6 III, 90.
— coreiformi nella malattia di Friedreich, 6 I, 419.
— nello stomaco, 3 I, 259.
— browniano, 1 II, 445.
— di rullio, 5 I, 53.
— — nel torace nell'aneurisma aortico, 5 I, 470.
— di terreno e malaria, 1 II, 358.
— spiroidi delle tonsille (Chassaignac), 3 I, 114.
Mucina nelle orine, 5 I, 52.

Mucoproteina, 1 I, 11.
Mucose nel vaiuolo, 2, 133.
Mucus racemosus, 1 I, 16.
Mughetto, 3 I, 24.
— e atrepsia dei lattanti, 3 I, 25.
Muscarina, 1 I, 170.
Muscarinismo, 6 III, 178.
Muschio nel coma diabetico; IV.
— nella bronchite; LXX.
— nella scarlattina; IX.
— nello spasmo frenoglottideo dei lattanti, 4 I, 135; LVII.
Mussitazione nel delirio acuto, 6 III, 162.
Muta della voce, 4 I, 132, 155.

N

Naftalina disinfettante intestinale; I.
— nel colèra, 1 II. 499, 501.
— nella pertosse; LXIII.
— nella scabbia; XV.
— nella tifoide, 1 II, 282.
— nel pseudo-tifo, 1 II, 540.
Naftol disinfettante intestinale; I.
— nella difterite; XXXII.
— nella ftiriasi del pube, 2, 332.
— nella pertosse; LXIII.
— nella pitiriasi versicolore; XVII.
— nella prurigine; XIX.
— nella scabbia, 2, 329; XV.
— nella tifoide, 1 II, 266, 281; V.
— nella tisi laringea, 4 I, 216; LX.
— nelle discrasie acide, 1 I, 292.
— nelle gastriti croniche; XXXIX.
— nell'influenza, 1 II, 239, 335.
— nell'iperidrosi, 2, 475; XXIII.
— nell'ozena, 4 I, 66; LV.
— nel morbillo, 2, 115.
— nel prurito; XVIII.
— nel pseudo-tifo, 1 II, 540.
— solforicinato nella pachidermia della laringe, 4 I, 169.
— — nell'ozena, 4 I, 67.
Nanismo, 6 III, 261.
Narceina; CX.
— nelle laringiti, 4 I, 152; LVIII.
Narcolessia, 6 III, 514.
Naso a sella, 4 I, 62.
— — nella sifilide, 2, 294.
— camuso, 4 I, 59, 62.
Natimortalità. V. *Letalità fetale*.
Nausee delle gravide, 3 I, 301.
Necrobiosi, 1 I, 269; 6 I, 139.
— pigmentaria della cellula nella cirrosi pigmentaria, 3 II, 460.
Necrofilia, 6 III, 337.
Necrofobia, 6 III, 322.
Necrosi asettica delle idatidi del fegato, 3 II, 516.
— da coagulazione nel rene, 5 II, 167.
— fosforica, 2, 670, 676.
— settica delle idatidi del fegato, 3 II, 517.
Necrotubercolosi, 4 II, 18.
Nefralgia, 5 II, 353.
Nefrite *a frigore*, 5 II, 178, 187.
— a lungo decorso, 5 II, 217.
— canalicolare, 5 II, 355.
— congestizia, 5 II, 166.
— con predominio di diapedesi, 5 II, 138, 167.
— cronica, 5 II, 201.
— — con atrofia, 5 II, 209.
— da influenza, 5 II, 180.
— da risipola, 5 II, 180.
— da tifo, 5 II, 179.
— delle gravide, 5 II, 181.
— difterica, 5 II, 179.
— infettiva, 1 I, 76; 5 II, 356.
— — nelle angine, 3 I, 60.
— linfomatosa, 5 II, 167.
— malarica, 5 II, 179, 213.
— mista, 5 II, 152.
— morbillosa, 5 II, 179.
— negli orecchioni, 2, 219.
— nella pertosse, 4 I, 257.
— nella polmonite, 4 II, 306, 339.
— nella sifilide secondaria, 5 II, 273.
— palustre, 1 II, 393.
— passeggera, 5 II, 164.
— per eliminazione lenta, 5 II, 210.
— pneumonica, 5 II, 180.
— prolungata, 5 II, 200.
— raggiata, 5 II, 355.
— reumatica, 5 II, 17, 34, 147, 180.
— scarlattinosa, 2, 65, 68; 5 II, 177, 184.
— sifilitica, 5 II, 179.
— vaiuolosa, 2, 159.
Nefroptosi, 5 II, 237.

Nefro-tifo, 1 II, 240.
Neo, 2, 395.
— eritematoso, 2, 395.
— molluscoide, 2, 396.
— moriforme, 2, 395.
— peloso, 2, 395.
— pigmentario, 2, 395.
— vascolare, 2, 395.
— verrucoso, 2, 396.
Nervovibrazione nella tabe, 6 I, 417.
Neurastenia, 6 III, 129, 439; CXII.
— cardiaca, 6 III, 449, 450.
— cerebrale, 6 III, 450.
— cerebro-cardiaca, 6 III, 449.
— — spinale, 6 III, 449.
— dimidiata, 6 III, 449.
— dispeptica, 6 III, 450.
— ereditaria, 6 III, 451.
— femminile, 6 III, 451.
— genitale, 6 III, 448, 450.
— palustre, 6 III, 207.
— spinale, 6 III, 450.
Neuridina, 1 I, 170.
Neurodinia nella corea, 6 III, 387.
Neurilità, 6 I, 3.
Neurina di Liebreich, 1 I, 170, 180; 2, 726.
— e morbo d'Addison, 5 II, 385.
— nel sangue, 5 II, 387.
Neurite *a frigore*, 6 II, 182.
— alcoolica, 6 II, 178, 227.
— apoplettiforme, 6 II, 224.
— — del plesso brachiale, 6 II, 348.
— arsenicale acuta, 6 II, 276.
— ascendente, 6 II, 157, 245.
— — nella paralisi generale progressiva, 6 III, 25.
— atassica, 6 II, 225.
— cachettica, 6 II, 285.
— cardiaca, 5 I, 315; 6 II, 218.
— da iniezioni ipodermiche, 6 II, 148.
— da vomito incoercibile delle gravide, 6 II, 231.
— del pneumogastrico, 6 II, 218.
— del radiale, 6 II, 341.
— diabetica, 6 II, 277.
— difterica, 6 II, 118, 234.
— discrasica o cachettica, 6 II, 182, 184.
— d'origine esterna, 6 II, 154.
— gommosa, 6 II, 289.
— infettiva, 6 II, 182, 283.
— interstiziale ascendente, 6 II, 245.
— — ipertrofica e progressiva nell'infanzia, 6 II, 174.
— intestinale, 6 II, 220.
Neurite ipertrofica, 6 I, 49.
— latente, 6 II, 159, 226.
— leprosa, 6 II, 173, 239.
— malarica, 1 II, 410.
— mercuriale, 6 II, 153, 277.
— multipla, 6 II, 129.
— nel beriberi, 6 II, 218, 243.
— nel vaiuolo, 2, 157.
— ottica nell'alcoolismo, 6 II, 211.
— — nel saturnismo, 2, 642; 6 II, 212, 233.
— — sifilitica, 6 II, 89.
— parenchimatosa ascendente, 6 II, 245.
— periassile, 6 II, 171.
— periferica, 6 I, 467; CVII.
— — e tabe, 6 II, 259.
— progressiva acuta, 6 II, 167.
— pseudotabica, 6 II, 225.
— puerperale, 6 II, 231, 276.
— saturnina, 6 II, 149, 187, 231.
— segmentaria periassile, 6 II, 149.
— sifilitica, 6 II, 173.
— sperimentali, 6 II, 130.
— spontanea parenchimatosa, 6 II, 167.
— tossica, 6 II, 181, 183.
Neuritis fascians, 6 II, 177.
— *migrans*, 6 II, 348.
Neuroartritismo, 1 I, 367; 3 I, 273; 4 I, 275, 234, 282, 302, 311, 383, 299; 4 II, 162, 177.
Neuroglioma ganglionare, 6 I, 215.
Neuroma cavernoso, 2, 482.
Neuromiosite (Senator), 6 II, 275.
Neuroni nella paralisi generale progressiva, 6 III, 26.
Neuropatia cerebro-cardiaca di Krishaber, 5 I, 316.
— generale a determinazione gastro-intestinale, 3 I, 283.
Neuropsicosi astenica degenerativa, 6 III, 309.
Neurosi, 6 III, 70.
— clorotica (Trousseau), 2, 535.
— dell'esofago, 3 I, 469.
— mattesca, 6 III, 275.
— professionale, 4 I, 131; 6 III, 641.
— professionale d'incoordinazione, 6 III, 641.
— tossiche, 6 III, 169.
— transitoria, 6 III, 673.
— traumatica, 6 III, 452.
Neurotabe periferica, 6 I, 367.
Nevralgia; 6 II, 361; CVII, CVIII.
— *a frigore*, 1 II, 419.
— anteriore del metatarso. V. *Mal. di Morton.*
— blenorragica, 2, 319.
— boccale, 3 I, 4.
— cardiaca, 5 I, 310.

Nevralgia celiaca di Friedreich, **5** I, 428.
— cervico-bracciale, **6** II, 390.
— — occipitale, **6** II, 389.
— coccigea, **6** II, 393.
— crurale, **6** II, 392.
— da freddo, **6** II, 375, 384.
— da tabagismo, **2**, 713.
— da neurite cronica, **6** II, 368.
— — subacuta, **6** II, 368.
— dei sifilitici, **6** II, 363.
— del pudendo interno, **6** II, 392.
— del trigemino. V. *Nevralgia del facciale*.
— diaframmatica, **6** II, 390.
— doppia, **6** I, 496.
— d'origine nasale, **4** I, 40.
— epilettiforme, **6** II, 387.
— facciale, **6** II, 383.
— — infettiva, **6** II, 384.
— — da freddo, **6** II, 384.
— — intermittente, **1** II, 409; **6** II, 363, 369, 375, 384.
— faringea, **5** I, 37.
— femoro cutanea, **6** II, 392.
— generale di Valleix, **6** III, 448.
— infettiva, **6** II, 363.
— intermittente, **1** II, 409.
— intercostale, **6** II, 390.
— laringea, **4** I, 85; LVII.
— lombare, **6** II, 391.
— lombo addominale, **6** II, 392.
— malarica, **1** II, 409; **6** II, 363, 369, 375, 384.
— nella paralisi generale progressiva, **6** III, 29.
— nell'influenza, **1** II, 316.
— neurosi, **6** II, 368.
— otturatoria, **6** II, 392.
— periodica, **6** II, 370.
— professionale, **6** III, 646.
— riflessa, **6** II, 363.
— saturnina, **2**, 641.
— simmetrica, **1** I, 387.
— testicolare, **6** II, 392.
— tonica, **6** I, 363.
Nevrosi vasomotoria da crampo vasale, **6** II, 494.
Neuromiosite di Senator, **6** II, 487.
Nicolaïer (V. *Bacillo di*).
Nicotismo, **2**, 712; **6** III, 178.
— e gravidanza, **2**, 714*bis*.
Ninfomania, **6** III, 95, 336.
— nella rabbia, **1** II, 90.
Nistagmo, **6** I, 425; **6** II, 354.
— nella paralisi generale progressiva, **6** III, 46.
— nella siringomielite, **6** I, 460.
— nel morbo di Friedreich, **6** I, 420.
Nistagmo nell'emiatrofia facciale progressiva, **6** III, 630.
Nitrato d'argento nella corizza; LIV.
— — nella gonorrea, **2**, 312.
— — nella paralisi labio-glosso laringea, **6** I, 288.
— — nella peritonite tubercolare; XLII.
— — nella risipola, **2**, 251.
— — nella siringomielia, **6** I, 469.
— — nella tabe, **6** I, 416; CVI.
— — nelle nevralgie, **6** II, 371; CVIII.
— — nell'iperestesia dell'esofago; CXIII.
— — nell'isterismo; CXIV.
— — nell'ulcera gastrica, **5** I, 369; XXXV.
— — — molle, **2**, 307.
— — nel vaiuolo; X.
— — per clisteri nella dissenteria, **5** II, 120; XLIV.
— potassico nelle cirrosi epatiche, **5** II, 427; XLIX.
Nitrificazione, **1** I, 26.
Nitrito d'amile nei vizi di cuore, **5** I, 206; XCII.
— — nella nefrite, **5** II, 255.
— — nell'anemia cerebrale; CV.
— — nell'*angina pectoris*, **5** I, 326.
— — nella rabbia, **1** II, 101.
— — nell'asma, **4** I, 239; LXI.
— — nell'avvelenamento da cocaina, **2**, 707; XXVII.
— — nell'emicrania, **6** III, 626.
— — nell'isterismo; CXIV.
— — nel mal di mare, **6** III, 675.
— di sodio nell'*angina pectoris*, **5** I, 326; XCV.
Noce vomica nel diabete, **1** I, 433.
— — nel rachitismo, **1** I, 313.
— — nella difterite, **5** I, 216; XXXIII.
— — nella malinconia; CXII.
— — nell'anemia cerebrale; CV.
— — nell'anoressia dei tisici, **4** II, 260; LXXXI.
— — nella tachicardia, **5** I, 345; XCVII.
— — nell'avvelenamento da tabacco; XXVII.
Nodi del cuoio capelluto nell'emicrania, **6** III, 626.
— emorragici polmonari, **4** I, 373.
— peritoneali, **5** II, 178.
Nodosità cutanee nel reumatismo articolare acuto, **5** II, 34.
— di Bouchard, **1** I, 262; **5** I, 342.
— di Heberden, **1** I, 227, 482; **5** I, 342.
— di Meynet, **5** II, 34.
— dei muscoli nella dermatomiosite, **6** II, 484.
— periostee nel reumatismo articolare acuto, **5** II, 34.

Nodosità xantomatose nelle vie biliari, 2, 464.
Noduli dei cantanti, 4 I, 158.
— epitelioidi di Malassez, 4 I, 474.
— gommosi del polmone, 4 I, 474-479.
— linfoidi di Malassez, 4 I, 474.
— miliari, 4 II, 178.
— peribronchiali, 4 II, 82.
— tubercolari peribronchiali agglomerati, 6 II, 196.
Nodulo lebbroso, 1 I, 119.
— morvoso, 1 I, 119.
— tubercolare, 4 II, 72.
Noma, 1 I, 76; 3 I, 18.
Nona nell'influenza, 1 II, 322.
Normand (Auguillula di), 3 II, 14.
Nosofobie, 6 III, 321.
Nostocacee, 1 I, 15.
Note somatiche d'inferiorità, 6 III, 257.
Notha, 4 I, 333; 4 II, 362.
Nucleo-albumina difterica, 3 I, 161.
Nussbaum (V. *Braccialetto di*).
Nutrizione, 1 I, 243.
— dei tisici, 4 II, 155, 247.
— e allattamento, 1 I, 243.
— e gravidanza, 1 I, 243.
— e mestruazione, 1 I, 243.
— e vecchiaia, 1 I, 243.
— nel cancro, 1 I, 257.
— negli alienati, 1 I, 251.
— negli avvelenamenti, 1 I, 253.
— nella febbre, 1 I, 254.
— nella paralisi generale progressiva, 6 III, 49.
— nel diabete, 1 I, 386.
— nella clorosi, 1 I, 259.
— nella tisi, 1 I, 256.
— nelle infezioni, 1 I, 252.
— nelle malattie renali, 1 I, 264.
— nell'isterismo, 1 I, 247.
— nell'ittero, 1 I, 263.

O

Obesità, 1 I, 323; II.
— congenita, 1 I, 332.
— del cuore, 5 I, 90.
— locale di Landouzy, 6 I, 320.
Occlusione intestinale, 3 II, 76.
Odinfagia, 3 I, 146.
Odontalgie delle gravide, 3 I, 299.
Odore tifoso, 2, 18.
Oftalmia vaiuolosa, 2, 159.
Oftalmoplegia, 6 II, 333.
— acuta, 6 II, 334.
— cronica, 6 II, 333.
— — con sintomi bulbari, 6 II, 334.
— — — midollari, 6 II, 334.
— esterna da alcoolismo, 6 II, 209.
— — da difterite, 6 II, 209.
— — da freddo, 6 II, 209.
— — nella paralisi generale progressiva, 6 II, 62; 6 III, 30.
— — polineuritica, 6 II, 261.
— interna graduale progressiva, 6 III, 44.
— isterica, 6 III, 520.
— nei tumori dell'orbita, 6 I, 271.
— nella lebbra, 6 I, 271.
— nella sifilide, 6 I, 271.
— nelle intossicazioni, 6 II, 329.
— nelle lesioni basilari, 6 I, 271.
Oftalmoplegia nell'isterismo, 6 I, 271.
— nucleare progressiva, 6 I, 266.
— sopranucleare, 6 I, 271.
Oicofobia, 6 III, 322.
Oïdium albicans, 3 I, 26, 384; 4 I, 277, 341, 513.
Oligocitemia, 2, 519.
Oligodattilia cubitale, 6 III, 260.
Oliguria da asfissia; LXXII.
Olio di betula nella tricofizia; XVI.
— di cade nella pitiriasi versicolore; XVII.
— — nella scabbia; XV.
— — nella tricofizia; XVI.
— — nell'eczema; XXI.
— — nel prurito; XVIII.
— di Chaulmoogra nella lebbra, 2, 384; XVIII.
— di fegato di merluzzo nei tisici, 6 II, 250.
— — — nel rachitismo; II.
— — — nell'osteomalacia, 1 I, 319.
— di macis nell'*area Celsi;* XVI.
— di senape nella malaria, 1 II, 427.
— — nelle nevralgie; CVIII.
Omagra, 1 I, 453.
Ombellicazione nella varicella, 2, 170.
— nelle vescicole di vaccino, 2, 180.
— nel vaiuoloide, 2, 177.
— secondaria nel vaiuolo, 2, 143.

Omega malinconico, **6** III, 112.
Omoestesia sessuale, **6** III, 339.
Omosessualità, **6** III, 337.
Onanismo negl'imbecilli, **6** III, 274.
Onichia scorbutica, **2**, 610.
Onicofagia, **6** III, 264.
Onicotricofizia, **2**, 334.
Onimus (Apparecchio di), **4** II, 233.
Oniomania, **6** III, 327.
Onomatomania, **6** III, 324.
— impulsiva, **6** III, 325.
Operazione di Estländer, **4** I, 520; **4** II, 495.
Operazioni chirurgiche nei tubercolosi, **4** II, 183.
Opifici e tubercolosi, **4** II, 34.
Opistotono, **6** III, 561.
— nelle meningiti, **6** II, 18, 75.
Oppenheim (Andatura di), **6** I, 344.
Oppio nel colèra, **1** II, 495, 496, 500, 501, 502; VI.
— — europeo, **1** II, 505.
— — infantile, **3** II, 31; XLII.
— nel diabete, **1** I, 432.
— nel mal di mare, **6** III, 675.
— nella bronchite cronica, **4** I, 309.
— nella corea; CXII.
— nella corizza, **4** I, 46; LIV.
— nella diarrea dei tisici, **4** II, 261; LXXXII.
— nella diarrea della tifoide; V.
— nella diarrea dello scorbuto, **2**, 619.
— nella gotta, **1** I, 476.
— nella malinconia; CXII.
— nella mania, **6** III, 105; CXI.
— nell'anemia cerebrale; CV.
— nell'*angina pectoris*, **5** I, 326.
— nella pericardite, **5** I, 44; LXXXVI.
— nella tifoide, **1** II, 267, 277.
— nella tosse dei tisici, **4** II, 255; LXXLIII.
— nella tosse gastrica dei tisici, **4** II, 260.
— nelle enteriti, **3** II, 17; XLI.
— nelle nevralgie nasali, **4** I, 37.
— nell'enfisema polmonare, **4** I, 440; LXXIII.
— nelle peritoniti, **3** II, 197; XLVII.
— nell'influenza, **1** II, 337.
— nell'ulcera gastrica, **3** I, 369; XXXV.
— nel morbillo; X.
— nel saturnismo, **2**, 645; XXV.
— nel vaiuolo, **2**, 165.
Oppiofagismo, **2**, 698; **6** III, 178.
Oppressione precordiale nell'endocardite, **5** I, 169.
Orchite da bacillo di Eberth, **1** II, 179, 245.
— da orecchioni, **2**, 217.
— nella malaria, **1** II, 399.
Orchite nell'angina, **3** I, 60.
— vaiuolosa, **2**, 159.
Orecchio ad ansa, **6** III, 260.
Orecchioni, **1** I, 71; **2**, 212.
— sottomascellari, **2**, 215.
Orfanotrofi e tubercolosi, **4** II, 34.
Organi genitali nel diabete, **1** I, 385.
Organoterapia nell'acromegalia, **6** II, 443.
— nella malinconia, **6** III, 136.
— nel mixoedema, **6** II, 454.
— nella tetania, **6** II, 537.
Oro nella tisi, **4** II, 238.
Orticaria, **2**, 421; XIX.
— *ab ingestis*, **2**, 425.
— da autointossicazione, **2**, 425.
— da cisti idatidi rotte, **2**, 425.
— da malaria, **2**, 425.
— dei bronchi, **2**, 423; **4** I, 232, 282.
— delle mucose, **2**, 423.
— edematosa, **2**, 422; **3** I, 9; **4** I, 761.
— — faringea, **3** I, 42.
— emorragica, **2**, 422.
— gigante, **2**, 422; **6** II, 494.
— guttura febbrile, **3** I, 68.
— idiopatica, **2**, 425.
— interna, **2**, 423.
— medicamentosa, **2**, 426.
— nelle cisti d'echinococco del fegato, **3** II, 511, 522.
— pigmentata, **2**, 423.
— tossica, **2**, 423. V. *Orticaria interna.*
Ortotono, **6** III, 561.
Oscillazioni consecutive nell'isterismo, **6** III, 494.
Oscuramento dei suoni valvolari nell'endocardite, **5** I, 170.
Ospedali e tubercolosi, **4** II, 21.
Ossalato di cerio nei vomiti del morbo d'Addison; CIII.
— — nel colèra; VII.
— — nel mal di mare, **6** III, 675.
Ossaluria, **1** I, 291; I.
Ossa nella linfadenia, **2**, 582.
— nella sifilide, **2**, 284, 290.
Ossessione, **6** III, 309.
— abulica, **6** III, 313.
— allucinatoria, **6** III, 313.
— dentaria dei neurastenici, **6** III, 450.
— gutturale, **3** I, 134.
— impulsiva, **6** III, 313.
— nasale, **4** I, 40.
— verbale, **6** III, 314.
Ossido di zinco nella prurigine; XIX.
— — nell'eczema, **2**, 438; XXI.

Ossido di zinco nella nevralgia laringea; LVII.
Ossificazione cartilaginea, **1** I, 294.
Ossigeno nei tisici, **4** II, 252.
— nel diabete, **1** I, 438.
— nella dispnea dei tisici, **4** II, 258; LXXXI.
Ossimele scillitico nelle cirrosi epatiche, **3** II, 427; XLIX.
Ossiuro vermicolare, **3** II, 161; XLVI.
Osso rachitico, **1** I, 295.
Osteite deformante. V. *Malattia ossea di Paget.*
Osteoartropatia ipertrofizzata pneumonica di Marie, **1** I, 256, 489; **4** I, 357; **4** II, 104, 146; **6** II, 435, 499.
Osteofiti, **1** I, 484.
Osteomalacia, **1** I, 313.
— gravidica, **1** I, 314.
— puerperale, **1** I, 318.
— senile, **1** I, 314.
Osteomielite infettiva acuta, **1** II, 263.
Ostruzione intestinale, **3** II, 85.
— — da calcolo biliare; **3** II, 85, 305.
— — — intestinale, **3** II, 86.
— — da corpi estranei, **3** II, 86.
Ostruzione intestinale da materie fecali, **3** II, 87.
— — per invaginazione, **3** II, 87.
Otematoma nella paralisi generale progressiva, **6** III, 50.
Otite difterica, **3** I, 190.
— intermittente, **1** II, 409.
— media purulenta nel catarro naso-faringeo, **3** I, 65.
— — — nelle angine, **3** I, 60.
— morbillosa, **2**, 103.
— pneumococcica, **4** II, 354.
— scarlattinosa, **2**, 62.
— vaiuolosa, **2**, 158.
Otomeningite (Gintrac), **6** II, 8.
Otorrea cerebrale, **6** I, 182.
Ottusità assoluta nella pericardite, **5** I, 31.
— relativa nella pericardite; **5** I, 31.
— timpanitica nel rene policistico, **5** II, 318.
Ovariotomia nell'isterismo, **6** III, 536.
Ovarite nelle angine, **3** I, 60.
Ozena, **4** I, 53; LV.
— scrofoloso, **4** I, 58.
— sifilitico, **4** I, 59.
— tracheale, **4**, 56, 306.

P

Pacha di Bicêtre, **6** I, 211; **6** II, 476.
Pachiagria di Arnold. V. *Malattia di Marie.*
Pachidermia laringea alcoolica, **4** I, 164.
— — antracosica, **4** I, 164.
— — diffusa, **4** I, 174.
— — di Virchow, **4** I, 162.
— — nicotinica, **4** I, 164.
— — silicosica, **4** I, 164.
— — verrucosa, **4** I, 164.
Pachimeningite cervicale ipertrofica, **6** I, 465; **6** II, 78, 112, 334.
— emorragica, **6** II, 55, 57.
— esterna, **6** II, 61.
— ipertrofica, **6** I, 476.
— spinale esterna, **6** II, 75.
— — interna, **6** II, 75.
— tubercolare vegetante, **6** I, 479.
Pachiperitonite, **3** II, 199.
Pachipleurite cancerosa, **4** I, 495.
— primitiva, **4** I, 504.
Pacini (V. *Bacillo di*).
Paget (Malattia di), **1** I, 19, 80; **2**, 468.
— (Malattia ossea di), **1** I, 484; **6** II, 434.
Palleggiamento nei tumori del rene, **5** II, 295, 305.
Palpazione bimanuale ne' tumori del rene, **5** II, 295.
Palpitazione, **5** I, 333.
— idiopatica, **5** I, 334.
— nei gastrectasici, **3** I, 342.
— nella pericardite, **5** I, 24.
— nervosa, **5** I, 334.
— riflessa, **5** I, 335.
— simpatica, **5** I, 334.
— sintomatica, **5** I, 334.
Paludismo, **1** II, 349; **6** III, 170.
— acuto, **1** II, 381.
— e tubercolosi, **4** II, 64.
Pancreas nel diabete, **1** I, 372.
Pancreatite acuta, **3** I, 415.
— cronica, **3** I, 421.
— parenchimatosa acuta, **3** I, 416.
— suppurata, **3** I, 417.
— — diffusa, **3** I, 418.
Pane di glutine del diabete, **1** I, 426.
— di soia, **1** I, 426.

Panicatura, 3 II, 136.
Pantofobia nel delirio acuto, 6 III, 162.
Pantoptosi, 5 II, 337.
Papaina nei disturbi gastrici dei neurastenici; CXIII.
Papaiotina nella difterite; XXXII.
Papilla da stasi nei tumori cerebrali, 6 I, 222.
Papilloma degli anatomici, 2, 359.
— dei plessi coroidei, 6 I, 217.
— laringeo, 4 I, 305.
Papula, 2, 323.
— del vaiuolo, 2, 131.
— (Alterazione difteroide della), 2, 131.
— (Necrosi iniziale di Weigert della), 2, 131.
— (Trasformazione cavitaria della), 2, 131.
Parabulia coatta inibitoria, 6 III, 331.
— costituzionale coatta, 6 III, 322.
Paracentesi pericardica, 5 I, 45, 62, 65, 70.
— addominale, 3 II, 427.
Parafrenia istintiva sessuale, 6 III, 334.
— paralitica progressiva, 6 III, 3.
Parafrenie, 6 III, 249.
Parageusi, 3 I, 7.
Paraldeide nella corea; CXII.
— nella febbre ricorrente; VII.
— nella morfiomania; XXVII.
— nella tetania; CX.
— nella tifoide, 1 II, 269.
— nel tetano, 6 III, 604; CXV.
Paralessia, 6 III, 40.
Paralisi agitante, 6 I, 351; 6 III, 426.
— alcoolica, 2, 692; 6 II, 227, 230.
— alterna, 6 I, 261, 265.
— — di Weber, 6 II, 98.
— — superiore, 6 I, 27.
— anapeiratica, 6 III, 641.
— anginosa, 5 I, 61.
— antibracciale neuritica, 6 II, 187.
— arsenicale, 2, 665, 669.
— associata, 6 II, 334; 6 III, 22.
— bocco-faringea in nevriti, 6 II, 218.
— bracciale nevritica, 6 II, 189.
— bulbare, 6 I, 335.
— — apoplettica, 4 I, 106, 295.
— — astenica, 6 I, 289.
— — atrofica, 6 I, 272.
— — inferiore, 6 I, 272.
— — progressiva, 6 I, 272.
— cerebellare, 6 I, 245, 251.
— complessa dei nervi dell'arto inferiore, 6 II, 354.
— — dei nervi cranici, 6 II, 339.
— — del plesso bracchiale, 6 II, 348.
— da avvelenamento arsenicale, 2, 665.
Paralisi da lesioni cerebellari, 6 I, 238.
— da morbillo, 2, 105.
— da ossido di carbonio, 2, 718.
— degli adduttori della coscia, 6 II, 307.
— degli estensori dell'anca, 6 II, 308.
— — della mano, 6 II, 302.
— — delle dita, 6 II, 304.
— dei coreici, 6 III, 398.
— dei flessori della mano, 6 II, 302.
— — — delle dita, 6 II, 303.
— dei glutei, 6 II, 308.
— dei muscoli della colonna vertebrale, 6 II, 313.
— — dell'eminenza tenare, 6 II, 306.
— — interossei e lombricali, 6 II, 305.
— — motori delle dita dei piedi, 6 II, 312.
— — — dell'occhio, 6 I, 374.
— dei nervi glutei, 6 II, 353.
— dei nuclei bulbari, 6 I, 272.
— dei peronei, 6 II, 310.
— dei pronatori, 6 II, 303.
— dei tabici, 6 I, 367.
— del bicipite, 6 II, 301.
— del brachiale anteriore, 6 II, 302.
— del coracobrachiale, 6 II, 301.
— del cubitale, 6 II, 344.
— del deltoide, 6 II, 298, 299.
— del diaframma, 6 II, 313.
— del gran dentato, 6 II, 298, 347.
— del gran dorsale, 6 II, 300.
— del gran pettorale, 6 II, 299.
— del grande rotondo, 6 II, 301.
— della corda del timpano, 6 II, 321.
— della laringe, nella neurite, 6 II, 216.
— della lingua, 6 I, 274.
— dell'anconeo, 6 II, 302.
— dell'angolare dell'omoplata, 6 II, 298.
— delle corde vocali, intermittente, 1 II, 409.
— delle labbra, 6 I, 275.
— dell'ipoglosso, 6 II, 338.
— dello spinale, 6 II, 337.
— dello splenio, 6 II, 316.
— dello sterno-cleidomastoideo, 6 II, 316.
— dello stomaco, in neurite periferica, 6 II, 219.
— del lungo supinatore, 6 II, 302.
— del muscolo-cutaneo, 6 II, 346.
— del nervo ascellare, 6 II, 346.
— — crurale, 6 II, 352.
— — mediano, 6 II, 345.
— — otturatorio, 6 II, 352.
— — scapolare, 6 II, 347.
— — sciatico, 6 II, 353.
— del piccolo rotondo, 6 II, 301.

Paralisi del psoas iliaco, 6 II, 307.
— del IV paio, 6 II, 332.
— del radiale, 6 II, 340.
— del retto e vescica, nel tifo esantematico, 2, 20.
— — interno, 6 II, 308.
— del romboide, 6 II, 297.
— del VI paio, 6 II, 332.
— del sopraspinoso, 6 II, 301.
— del sottoscapolare, 6 II, 301.
— del sottospinoso, 6 II, 301.
— del supinatore breve, 6 II, 302.
— del tensore del fascia lata, 6 II, 307.
— del III paio, 6 II, 331.
— — — nelle lesioni cerebellari, 6 I, 265.
— — — nella sifilide cerebrale, 6 II, 97.
— del quadricipite femorale, 6 II, 309.
— del tibiale anteriore, 6 II, 310.
— — posteriore, 6 II, 311.
— del trapezio, 6 II, 299.
— del tricipite, 6 II, 302.
— — crurale, 6 II, 311.
— del velopendolo, 6 II, 322.
— diabetica, 1 I, 390.
— difterica, 3 I, 195; 6 II, 234, 339.
— — sperimentale, 3 I, 157.
— dissenterica dell'intestino, 3 II, 114.
— emicranica, 6 II, 334.
— esofagea, 3 I, 472.
— facciale, 6 II, 318.
— — bilaterale. V. *Diplegia facciale.*
— — bulbare, 6 II, 326.
— — cerebrale, 6 II, 326.
— — dei neonati, 6 II, 319.
— — dolorosa, 6 II, 323.
— — doppia, 6 I, 286.
— — isterica, 6 II, 325; 6 III, 520.
— — nella siringomielite, 6 I, 461.
— — nevritica, 6 II, 190.
— — periferica, 6 II, 327.
— faringea, 3 I, 39.
— — nella paralisi labioglossolaringea, 6 I, 277.
— flaccida, 6 I, 77.
— — da compressione del midollo, 6 I, 482, 486.
— fugace nella sifilide dei centri nervosi, 6 III, 46.
— generale, 6 I, 352, 452; 6 III, 101.
— — classica o tipica, 6 III, 3.
— — degli alienati, 6 III, 3.
— — giovanile, 6 III, 8.
— — incompleta, 6 III, 3.
— — nel saturnismo, 2, 639.
— — progressiva, 6 III, 3.
Paralisi generale progressiva e isterismo, 6 III, 51.
— — — e morbo di Basedow, 6 III, 51.
— — — e sclerosi in piastre, 6 III, 51.
— — — e sclerosi laterale amiotrofica, 6, III, 51.
— — — e tabe dorsale, 6 III, 51.
— — — (Forme cliniche della), 6 III, 52.
— — — nell'alcoolismo, 2, 689.
— — spinale subacuta, 6 I, 303.
— generalizzata sifilitica, 6 III, 57.
— glossolabiale cerebrale a forma pseudobulbare, 6 I, 54.
— intermittente, 1 II, 409; 3 II, 214.
— isterica, 6 I, 323; 6 II, 343; 6 III, 517.
— labioglosso-laringea di Duchenne, 4 I, 106; 6 I, 272; 6 II, 339.
— laringea nella paralisi labioglosso laringea, 6 I, 277.
— — nella tabe, 6 I, 391; LVII.
— linguale, 3 I, 8.
— meningea, 6 II, 19, 48.
— mercuriale, 2, 658.
— motoria dell'occhio, 6 II, 328. V. *Oftalmoplegia motoria.*
— — del V paio, 6 II, 337.
— — oculare nella sifilide, 6 II, 96.
— — — nella nevrite, 6 II, 209.
— — nel saturnismo, 2, 640.
— muscolare cronica, 6 III, 4.
— — nell'atrofia facciale progressiva, 6 III, 630.
— nella malattia di Parkinson, 6 III, 429.
— nella pellagra, 2, 768.
— nelle infezioni, 1 I, 101.
— nelle neuriti, 6 II, 184.
— nel rammollimento cerebrale, 6 I, 151.
— nel tetano, 6 III, 566.
— nel tifo esantematico, 2, 21.
— nevritica a tipo Aran-Duchenne, 6 II, 188.
— oculare basilare, 6 II, 335.
— — della tabe, 6 II, 334.
— — intracranica, 6 II, 335.
— — nucleare, 6 II, 335.
— — orbitaria, 6 II, 336.
— — peduncolare, 6 II, 335.
— — periferica, 6 II, 334.
— — sifilitica, 6 II, 334.
— oculomotrice recidivante, 6 II, 334.
— osteomalacica, 1 I, 319.
— ostetrica, 6 I, 205; 6 II, 351.
— periodica, 6 II, 274.
— — dell'oculomotore, 6 III, 624.
— postepilettica, 6 I, 77.

Paralisi progressiva, 6 III, 3.
— pseudobulbare, 6 I, 155, 273.
— — d'origine basilare, 6 I, 287.
— — — cerebrale, 6 I, 287.
— — — radicolare, 6 I, 287.
— — sifilitica, 6 II, 95.
— pseudoipertrofica, 6 II, 397, 414.
— radiale *a frigore* o da compressione, 6 II, 279.
— radicolare del plesso brachiale, 6 II, 349.
— — ostetrica, 6 I, 322.
— rettovescicale nella sifilide spinale, 6 II, 116.
— reumatica, 6 II, 341. V. *Paralisi a frigore.*
— sifilitica generalizzata, 6 II, 163.
— spasmodica nella malattia di Charcot, 6 I, 331.
— generale e tabe, 6 III, 23.
— spastica in compressione del midollo, 6 I, 487.
— spinale acuta, 6 I, 329.
— — atrofica, 6 I, 204.
— — — cronica, 6 I, 515.
— — infantile, 6 I, 316, 448; 6 II, 264.
— — sifilitica di Erb, 6 II, 114.
— — spasmodica. V. *Malattia di Little.*
— traumatica, 6 II, 339.
— — del nervo radiale, 6 II, 278.
— vaiuolose, 2, 157.
Paramioclono multiplo di Friedreich, 6 III, 415.
Paramiotonia congenita, 6 III, 435.
Paramnesia costituzionale coatta, 6 III, 314.
— di Kahlbaum, 6 III, 210.
Paranoia, 6 III, 340, 348, 351.
— abortiva, 6 III, 314.
— acuta allucinatoria, 6 III, 150, 158, 194.
— — — cocainica, 6 III, 188.
— — pseudosistematica, 6 III, 346.
— allucinatoria cronica semplice, 6 III, 208.
— ambiziosa o genealogica, 6 III, 304.
— ascensa, 6 III, 290, 292, 304.
— completa, 6 III, 208.
— cronica tipica, 6 III, 208.
— degenerativa, 6 III, 231.
— erotica, 6 III, 303.
— espansiva, 6 III, 290, 304.
— indagatoria 6 III, 315.
— — numerante, 6 III, 326.
— inventoria, 6 III, 296.
— ipocondriaca, 6 III, 303.
— mistica, 6 III, 300.
— morale, 6 III, 277.
— originaria, 6 III, 290, 350.
— — con sistemazione, 6 III, 353.
— — con sistemazione spuria, 6 III, 351.
Paranoia periodica, 6 III, 359.
— persecutoria, 6 III, 290.
— primaria, 6 III, 208.
— psiconeurotica, 6 III, 139, 340.
— querelante, 6 III, 296.
— religiosa, 6 III, 300.
— riformatrice, 6 III, 297.
— rudimentale, 6 III, 309, 314, 315.
— — emotiva, 6 III, 314, 318.
— — ideativa, 6 III, 314, 315.
— — impulsiva, 6 III, 323.
— secondaria, 6 III, 98, 126, 246.
— semplice con delirio primitivo, 6 III, 208.
— senza delirio, 6 III, 275, 290.
— sessuale od erotica, 6 III, 306.
— sistematica originaria, 6 III, 349.
— superba, 6 III, 304.
— tarda, 6 III, 208, 341.
— — sistematica, 6 III, 208.
Paranoidi, 6 III, 275, 278, 291.
Paraplegia, 6 I, 486.
— apoplettiforme nella sifilide spinale, 6 II, 116.
— basedowiana, 6 II, 464.
— cervicale, 6 I, 418.
— da morbillo, 2, 105.
— dolorosa, 6 I, 482.
— — dei cancerosi, 6 I, 478, 498.
— flaccida, 6 II, 263.
— ipertrofica dell'infanzia, 6 II, 397.
— isterica, 6 III, 519.
— spasmodica da latirismo, 6 I, 310.
— — nella malattia di Charcot, 6 I, 335.
— — nella pellagra, 6 I, 313.
— spastica, 6 I, 205; 6 II, 262.
— — cerebrale, 6 I, 441. V. *Malattia di Little.*
— spinale spastica, 6 I, 202.
— totale, 6 I, 489.
— urinaria, 6 II, 246.
Parassiti intestinali, 3 II, 131.
— negli organi genito-urinari, 1 I, 148.
— nella pelle, 1 I, 148.
— nelle vie digestive, 1 I, 145.
— nelle vie respiratorie, 1 I, 146.
— nell'esofago, 3 I, 468.
— nel sangue, 1 I, 116.
Paratimia, 6 III, 210.
— coatta, 6 III, 318.
— degenerativa, 6 III, 325.
Paresi analgesica con patereccio alle estremità superiori. V. *Malattia di Morvan.*
— consecutiva a malaria, 1 II, 405.
— da lavoro, 6 II, 495.
— degli arti nella paralisi generale progressiva, 6 III, 30.

Paresi nella flemmasia, **5** I, 414.
— professionali, **6** III, 646.
Parestesia boccale, **5** I, 4.
— delle gambe nei tabici, **6** I, 400.
— faringea, **5** I, 36, 134.
— isterica, **6** III, 501.
— nel crampo degli scrivani, **6** III, 644.
— nella meralgia parestetica, **6** II, 489.
— sessuale, **6** III, 339.
— tabica, **6** I, 371.
Parkinson (Malattia di), **6** I, 29, 61; **6** III, 55, 244, 429.
Parosmia, **4** I, 34.
Parossismi dolorosi nella sciatica, **6** II, 377.
— malinconici, **6** III, 126.
— pseudoasmatici, **5** I, 97.
— psichici nell'epilessia, **6** III, 466.
— viscerali nell'epilessia, **6** III, 466.
Parotite da pneumococco, **4** II, 362.
— vaiuolosa, **2**, 159.
Parrot (Atrofia cupoliforme di), **2**, 294.
— (Atrepsia acuta di), **5** II, 21.
— (Legge di), **4** II, 98, 275.
— (Teoria dell'infezione sifilitica di), **1** I, 306.
Parvolina, **1** I, 170.
Passioni deprimenti e neurastenia, **6** III, 441.
Passivismo, **6** III, 337.
Passo di scuola. V. *Steppage*.
Pasta di Lassar nell'eczema; XXI.
— — nell'impetigine; XVIII.
— salicilica di Lassar nella scabbia; XV.
Pasto di prova di Ewald, **5** I, 246, 259.
Patereccio nella siringomielia, **6** I, 457.
Patofobia, **6** III, 318, 321, 451.
Patologia chimica, **1** I, 126.
— cellulare, **1** I, 126.
Paullinia sorbilis nelle nevralgie, **6** III, 652; CIX.
Pazzia a due, **6** III, 293.
— a forma alterna, **6** III, 191.
— — doppia, **6** III, 191.
— alcoolica, **6** III, 179.
— artritica, **6** III, 172.
— cancerosa, **6** III, 172.
— cardiaca, **6** III, 172.
— circolare, **6** III, 56, 101, 191.
— cloroanemica, **6** III, 172.
— complicata, **6** III, 171.
— comunicata, **6** III, 293.
— con idee fisse incoercibili, **6** III, 309.
— da intossicazione, **2**, 752; **6** III, 169.
— dei prigionieri, **6** III, 359.
— del dubbio, **6** III, 310, 313, 314, 315.
— — con delirio di contatto, **6** III, 315.
Pazzia del dubbio metafisico, **6** III, 316.
— — realistico, **6** III, 316.
— — scrupoloso, **6** III, 316.
— delle idee fisse, **6** III, 314.
— diabetica, **6** III, 172.
— epatica, **6** III, 172.
— gemellare, **6** III, 293.
— gastrointestinale, **6** III, 162.
— gottosa, **6** III, 172.
— imposta, **6** III, 294.
— indotta, **6** III, 293.
— intermittente, **6** III, 191.
— lucida o ragionante, **6** III, 198, 277, 283, 291, 300.
— metastatica, **6** III, 172.
— morale, **6** III, 243, 262, 280, 286, 359.
— — ed epilessia, **6** III, 285.
— — eretistica, **6** III, 286.
— — torpida, **6** III, 280.
— neurastenica, **6** III, 309.
— paralitica, **6** III, 5.
— parziale di ideazione, **6** III, 309.
— pellagrosa, **2**, 752.
— periodica, **6** III, 130, 191.
— — malarica, **6** III, 207.
— — simpatica, **6** III, 195.
— pneumonica, **6** III, 172.
— politica, **6** III, 296, 308.
— puerperale, **6** III, 144, 195.
— ragionante, **6** III, 198, 277, 291, 300.
— renale, **6** III, 172.
— reumatica, **6** III, 172.
— ricorrente, **6** III, 191.
— sifilitica, **6** III, 172.
— simpatica, **6** III, 172.
— sistematizzata originaria, **6** III, 308.
— — primitiva, **6** III, 208.
— — secondaria, **6** III, 98, 126.
— spermatica, **6** III, 172.
— tabica, **6** I, 396.
— tubercolare, **6** III, 172.
— utero-ovarica, **6** III, 172.
— vescicale, **6** III, 172.
Pechiagra, **1** I, 452.
Pecilocitosi. V. *Poichilocitosi*.
Pederastia negl'imbecilli, **6** III, 274.
Pediculosi, **2**, 329.
Pediculus capitis, **2**, 329.
— *corporis*, **2**, 331.
Peli moniliformi, **2**, 351.
— nella sifilide, **2**, 277.
Pelioma nell'ileo-tifo, **1** II, 229.
Peliosi reumatica di Schönlein, **2**, 411; **5** II, 33.
Pellagra, **2**, 406, 741; **6** I, 312, 465.

Pellagra cachettica, 2, 757, 767.
— confermata, 2, 759.
— continua, 2, 757, 767.
— disperata, 2, 767.
— gastrica di Cerri, 2, 758.
— gravissima, 2, 767.
— iniziale, 2, 758.
— intermittente, 2, 757.
— paralitica, 2, 757.
— remittente, 2, 757.
— senza pellagra, 2, 759.
— spasmodica, 2, 757.
Pelle nei diabetici, 1 I, 375.
— nei morfiomani, 2, 701.
— nell'alcoolismo, 2, 693.
Pellettierina nell'elmintiasi, 3 II, 148; XLV.
Pemfigo, 2, 453.
— acuto epidemico dei neonati, 2, 454.
— foliaceo, 2, 455.
— lebbroso, 2, 379, 454.
— scorbutico, 2, 610.
— semplice cronico, 2, 455.
— sifilitico, 2, 289, 454.
— vegetante, 2, 456.
Penicillium crustaceum, 1 I, 5.
Pepsina nel contenuto gastrico, 3 I, 248, 256.
Peptina (Albertoni), 3 I, 312.
Peptone nel contenuto gastrico, 3 I, 248.
— nell'urina, 5 II, 52.
— tubercolare, 1 II, 115.
Peptonuria ematogena, 5 II, 57.
— epatogena, 5 II, 57.
— nefrogena, 5 II, 57.
— puerperale, 5 II, 57.
Peptotossina (Brieger), 3 I, 312.
— nell'urina dei tetanici, 6 II, 523.
Percloruro di ferro nella difterite; XXXIII.
— — nell'albuminuria; CI.
— — nella porpora reumatica, 2, 413.
— — nella risipola, 2, 251.
— — nelle diarree sanguigne della tifoide; V.
— — nelle enterorragie; XLIV.
— — nelle laringiti; LVIII.
— — nell'epistassi, 4 I, 27.
— — nell'influenza, 1 II, 337.
— — nel morbo d'Addison; CIII.
— — nel vaiuolo, 2, 165; XI.
Percussione dei tronchi nervosi nella tabe, 6 I, 417.
— dell'esofago, 3 I, 448.
— dello stomaco, 3 I, 261.
Perforazione biliare, 3 II, 301.
— dell'esofago, 3 I, 460.
— intestinale, 3 II, 62.
Perforazione intestinale nella tiflite, 3 II, 44.
— — nel tifo, 1 II, 240, 276.
— nel cancro del ventricolo, 3 I, 393.
— nell'ulcera gastrica, 3 I, 349, 363.
Periangiocolite fibrosa, 3 II, 437.
Periarterite gommosa, 6 II, 85.
— nodosa, 5 I, 368.
Pericardite, 5 I, 3; LXXXV.
— acuta, 5 I, 14, 22.
— *a frigore*, 5 I, 4.
— circoscritta, 5 I, 13.
— con versamento, 5 I, 14.
— cronica, 5 I, 21, 36.
— da erisipela, 2, 240.
— da pneumococco, 5 I, 8.
— dei tubercolotici, 5 I, 57.
— emorragica, 5 I, 17, 35, 66.
— idrofobica di Bourceret, 1 II, 94; 5 I, 35.
— nella corea, 5 I, 7.
— nell'aortite, 5 I, 436, 438.
— nella scarlattina, 5 I, 9.
— nelle angine, 5 I, 60.
— nelle malattie infettive, 5 I, 9.
— nel morbo di Bright, 5 I, 11.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 I, 5.
— — blenorragico, 5 I, 7.
— paralitica, 5 I, 35.
— pneumococcica, 4 II, 304, 352.
— purulenta, 5 I, 16, 34.
— scarlattinosa, 2, 63.
— scorbutica, 5 I, 10, 17.
— secca, 5 I, 14, 26, 34.
— sierofibrinosa, 5 I, 16, 34.
— tifoide, 5 I, 35.
— tubercolare, 5 I, 8, 57.
— — a versamento, 5 I, 59.
— — primitiva, 5 I, 58.
— — secca, 5 I, 59.
— — secondaria, 5 I, 58.
Pericistite nel fegato, 3 II, 515, 516.
Pericolicistite, 3 II, 285.
Pericondrite laringea, 4 I, 142, 172.
Periecofobia, 6 III, 318, 321.
Periencefalite cronica, 6 III, 3.
Periencefalomeningite cronica diffusa, 6 III, 3.
Periepatite, 3 II, 364, 374.
— secca, 3 II, 375.
— sifilitica, 3 II, 467.
Periflebite nella flemmasia, 5 I, 416.
Periodicità nella spermatogenesi, 6 III, 194-5.
— sessuale nel maschio? 6 III, 194.
Periodo algido del colèra, 1 II, 465, 501.
— asfittico nel colèra, 1 II, 468.
— clownistico dell'accesso isterico, 6 III, 509.

Periodo di eccitazione della rabbia, 1 II, 90.
— di latenza della malaria, 1 II, 394.
— di reazione nel colèra, 1 II, 468, 500.
— epilettoide dell'ascesso isterico, 6 III, 509.
— paralitico della rabbia, 1 II, 90.
— preobliterante della flebite, 5 I, 411.
Periostite scorbutica, 2, 611.
Peripachimeningite purulenta acuta, 6 II, 75.
Peripleurite sifilitica, 4 I, 484.
Peripolmonite contagiosa dei bovini, 1 I, 72.
— falsa o spuria, 4 II, 362.
— pituitosa, 4 II, 362.
Perisplenite, 3 II, 205.
Peristaltische Unruhe di Kussmaul, 3 I, 337.
Peritiflite, 3 II, 44.
Peritonismo, 3 II, 523; 6 II, 4.
Peritonite Brightica, 3 II, 198.
— acuta, 3 II, 179; XLVII.
— — in cirrotici, 3 II, 423.
— — nella dissenteria, 3 II, 114.
— albuminurica, 3 II, 198.
— alcoolica, 3 II, 198.
— appendicolare, 3 II, 45.
— cancerosa, 3 I, 393; 3 II, 178, 224.
— — nel cancro dello stomaco, 3 I, 393.
— cardiaca, 3 II, 198.
— cronica idiopatica, 3 II, 201; XLVIII.
— — infantile, 3 II, 201.
— — semplice, 3 II, 198.
— da perforazione, 3 II, 184, 189, 190, 195, 196.
— da pneumonococco, 4 II, 305, 361.
— deformante, 3 II, 189.
— e cirrosi, 3 II, 262.
— infettiva, 1 I, 77.
— miliare acuta, 3 II, 215.
— nella tiflite, 3 II, 44.
— nel tifo, 1 II, 237, 277.
— operatoria o chirurgica, 3 II, 187.
— parziale periepatica, 3 II, 375.
— — sopraombelicale, 3 II, 203.
— periepatica incapsulata, 3 II, 203.
— puerperale, 3 II, 182, 195.
— putrida, 3 II, 194.
— settica, 3 II, 191.
— sottoepatica, 3 II, 301.
— traumatica, 2, 186.
— tubercolare, 3 II, 37, 177, 206.
— tubercolare fibrosa, 3 II, 213.
— — in cirrotici, 3 II, 423.
— — ulcerosa, 3 II, 212.
Peritonsillite flemmonosa, 3 I, 68, 78.
— — improvvisa, 3 I, 71.
— linguale flemmonosa, 3 I, 77.
Permanganato potassico nella gonorrea, 2, 312; XIII.
— — nell'iperidrosi, 2, 495.
— — nello scorbuto, 2, 619.
Perniciosa amaurotica, 1 II, 406.
— di Torti, 6 I, 60.
— erisipelatosa, 1 II, 406.
— itterica, 1 II, 406.
— larvata, 1 II, 407, 409.
— linfagioitica, 1 II, 406.
— peritonitica, 1 II, 406.
— pneumonica di Morton, 4 II, 341; 1 II, 413.
— sincopale, 1 II, 406.
Perostosi nella sifilide, 2, 294; 5 I, 1, 478.
Persecutori famigliari, 6 III, 295, 304.
— figliali, 6 III, 305.
— innamorati, 6 III, 295, 306.
— ipocondriaci, 6 III, 295, 304.
— mistici, 6 III, 295.
— parentali, 6 III, 305.
— politici, 6 III, 295.
— processanti, 6 III, 295.
— ragionanti, 6 III, 290, 295.
Perseguitati persecutori, 6 III, 278, 290.
Personale ospitaliero e tubercolosi, 4 II, 21.
Pertosse, 4 I, 245.
— (Epidemie di), 4 I, 252, 259.
— nell'adulto, 4 I, 252.
Perversione del gusto, 3 I, 263.
— sessuale, 6 III, 315, 334.
Peste, 1 II, 514.
— congenita, 1 I, 40.
— emorragica, 1 II, 517.
— gastrica, 1 II, 519.
— infiammatoria, 1 II, 518.
— nervosa, 1 II, 519.
— semplice, 1 II, 519.
— siderante, 1 II, 517.
Petecchie, 2, 408.
— nella scarlattina, 2, 51.
Peter (Accidenti gravido-cardiaci di), 4 I, 385.
— (Astenia vascolare di), 5 I, 109, 296.
— (Autotifisazione di), 1 II, 169; 5 I, 106.
Petrescu (Cura della polmonite secondo), 4 II, 348.
Petrolio nel favo; XVI.
— nella ftiriasi, 2, 330.
— nella lebbra, 2, 384; XVIII.
— nella pitiriasi versicolore; XVII.
— nella scabbia, 2, 329; XV.
Pettenkofer (Teoria della Grundwasser di), 1 II, 191.
Pettoriloquia afona di Baccelli; 4 II, 121, 432.
— di Laënnec, 4 II, 121.

Pfuhl (Sintomo di), 4 II, 526.
Phlegmatia alba dolens, 2, 481; 5 I, 351, 409.
— — — a forma linfangitica, 5 I, 413.
— — — dei tisici, 4 II, 123, 151.
— — — infettiva, 5 I, 417.
— — — latente, 5 I, 418.
— — — nei cachettici, 4 I, 394.
— — — nei convalescenti, 4 I, 394.
— — — nel cancro dello stomaco, 3 I, 393.
— — — nel tifo esantematico, 2, 22.
— — — nella clorosi, 2, 548.
— — — puerperale, 4 I, 394; 5 I, 411, 419.
— — — tonsillare, 3 I, 59.
— *caerulea dolens*, 3 I, 412.
Photobacterium luminosum, 1 I, 13.
Phthiriasis pubis, 2, 331.
Piastrine di Bizzozero, 2, 524.
— (Riproduzione delle), 2, 525.
— nella coagulazione, 5 I, 351.
Piazza d'armi della sensibilità nel saturnismo, 2, 641.
Pica, 3 I, 263.
— delle gravide, 3 I, 300.
Picamalacia. V. *Pica*.
Piccolo accesso isterico, 6 III, 510.
— brightismo (Dieulafoy), 6 I, 404.
— diabete, 1 I, 378.
— male, 6 III, 464.
Picrotossina nei sudori dei tisici, 4 II, 258; LXXX.
— nella paralisi labioglossolaringea, 6 I, 288.
Piede ad artiglio nel morbo di Friedreich, 6 I, 422.
— cavo ad artiglio, 6 II, 312.
— chinese nella tabe, 6 I, 387.
— cubico nella tabe, 6 I, 387.
— equino, 6 II, 312.
— — varo paralitico, 6 I, 39.
— piatto, 6 III, 264.
— — valgo doloroso, 6 II, 312.
— prensile, 6 III, 264
— tabico, 6 I, 387; 6 II, 270.
— talo cavo torto in fuori, 6 II, 311.
— torto nel morbo di Friedreich, 6 I, 422.
— — tabico, 6 I, 368, 379.
— varo, 6 II, 311.
Pielite, 5 II, 353, 368.
— tubercolare, 5 II, 263.
Pielonefrite, 3 II, 345, 369.
Pigmentazione arsenicale della cute, 2, 668.
Pigmento biliare, 3 II, 266.
— — nelle urine, 3 II, 257.
— — nel sangue, 3 II, 265.
Pigmento giallo o giallo-ocra nel sangue di malarici, 1 II, 384; 3 II, 450.
— melanico nel sangue di malarici, 1 II, 382; 3 II, 450.
— ocraceo nella congestione renale, 5 II, 138.
— ocra nel sangue dei malarici, 1 II, 384; 3 II, 450.
— rosso-bruno nell'urina, 3 II, 268.
Pigolio nella insufficienza mitrale, 5 I, 249.
Pileflebite adesiva, 3 II, 382.
— sifilitica, 3 II, 382.
— suppurativa, 3 II, 383.
Pilocarpina nella bronchite, 4 I, 301; LXX.
— nella malaria, 1 II, 427.
— nell'edema della glottide, 4 I, 80; LVI.
— nelle nefriti, 3 II, 237.
— nell'influenza, 1 II, 337.
Piocianina, 1 I, 11, 12.
Pioemia, 1 II, 263; 4 I, 411.
— da bronchiettasia, 4 I, 358.
— scarlattinosa, 2, 62.
— vaiuolosa, 2, 160.
Pionefrosi, 5 II, 359.
Pioperiepatite, 3 II, 376.
— tubercolare, 3 II, 380.
Piopneumopericardio, 5 I, 67.
Piopneumoperiepatite, 3 II, 379.
Piopneumotorace, 4 II, 515.
— subfrenico, 3 I, 364; 3 II, 379.
Piperazina nella gotta; IV.
Piperina nella linfadenia, 2, 603; XXV.
— nella malaria, 1 II, 426.
Piridina nell'*angina pectoris*: XCVI.
— nell'asma, 4 I, 240; LXII.
Pirofobia, 6 III, 321.
Piromania, 6 III, 327.
Pirosi, 3 I, 264.
Piscidia eritrina nei vizi di cuore, 5 I, 206; XCII.
Psicroestesia, 6 II, 490.
Pitiriasi, 2, 426; XX.
— alba, 2, 340.
— circinnata, 2, 426.
— linguale, 3 I, 29.
— marginata, 2, 428.
— rosea (di Gibert), 2, 339, 354, 427.
— rubra, 2, 426.
— — rubra pilare, 2, 426.
— *tabescentium*, 4 II, 147.
— versicolore, 1 I, 151; 2, 339, 353, 428; XVII.
Pitres (Segno della cordicella di), 4 I, 387, 426.
Pizzicore del naso nell'intossicazione arsenicale, 2, 602.
Placca mucosa, 2, 271, 279, 286.

Placca mucosa della pelle, 2, 279.
Placche cachettiche nel sangue, 2, 524, 530.
— d'anestesia nel diabete, 1 I, 390.
— — nella paralisi generale progressiva, 6 III, 29.
— del Peyer a barba rasa, 3 II, 10. V. *Tifoide*.
— epidermiche pseudocicatriziali di Darier, 2, 468.
— falciate della lingua, 3 I, 30.
— flemmasiche nel sangue, 2, 524.
— gelatiniformi nelle arteriti, 5 I, 367.
— liscie della lingua, 3 I, 30.
— tendinee del pericardio, 5 I, 20.
Plagiocefalia, 6 III, 258.
Plasmina, 5 I, 350.
Plasmodio della malaria, 1 II, 363.
Platicefalia, 6 III, 258.
Pleiade gangliare nella sifilide, 2, 271.
Plessimetria dei tubercolizzabili, 4 II, 36.
Pletora, 2, 518.
— gravidica, 4 I, 384.
Pleurite acutissima, 4 II, 469.
— a loggie nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 25.
— areolare, 4 II, 442.
— cronica, 4 II, 442.
— da bacillo del tifo, 1 II, 238.
— da erisipela, 2, 241.
— da influenza, 1 II, 325.
— da irritazione di vicinanza, 4 II, 424.
— da pneumococco, 4 II, 304, 473.
— dei bambini, 4 II, 445.
— dei cardiaci, 4 II, 445.
— dei vecchi, 4 II, 445.
— destra dei cirrotici, 3 II, 420.
— diaframmatica, 4 II, 438.
— emorragica, 4 II, 456.
— infettiva, 1 I, 74; 4 II, 469.
— interlobare, 4 II, 441.
— latente, 4 II, 442.
— mediastinica, 4 II, 441.
— multiloculare, 4 II, 442.
— nei blenorragici, 4 I, 423.
— nei cardiaci, 4 II, 445.
— nei nefritici 4 II, 423.
— nelle cardiopatie, 4 II, 424, 445.
— nel tifo, 4 I, 423.
— pneumonica, 4 II, 304, 481.
— preartropatica, 5 II, 25.
— pretubercolare, 4 II, 56, 128.
— putrida, 4 II, 496.
— purulenta da appendicite, 3 II, 252.
— — da pneumococco, 4 II, 473.
— — da stafilococco, 4 II, 484.
Pleurite purulenta da streptococco, 4 II, 464.
— — metapneumonica, 4 II, 476.
— — tubercolare, 4 II, 487.
— reumatica, 4 I, 423, 444.
— scarlattinosa, 2, 63.
— scorbutica, 2, 612.
— secca, 4 II, 501.
— settica, 4 II, 469.
— sierofibrinosa, 4 II, 413; LXXXIV.
— — non tubercolare, 4 II, 422.
— — tubercolare, 4 II, 418, 487.
— sifilitica, 4 I, 473; 4 II, 423.
— tubercolare, 4 II, 418, 443, 458, 487.
— vaiuolosa, 2, 158.
Pleuroclisi nel colèra, 1 II, 504.
Pleurodinia, 4 II, 446; 6 II, 391.
Pleuropolmonite, 4 II, 304.
Pleurostotono, 6 III, 561.
Pleuro-tifo, 1 II, 251, 262.
Plurilettalità fetale. V. *Letalità fetale*.
Pneumalgia, 4 I, 230.
Pneumaturia, 1 I, 382.
Pneumobacillo capsulato di Friedländer, 1 I, 31, 38, 114, 128; 2, 89; 4 I, 279, 374; 4 II, 300, 303, 333, 373, 393; 6 II, 15.
— Cultura, 4 I, 374; 4 II, 373.
Pneumococco (Diplobacillo) di Fraenkel, 1 I, 38, 71, 91, 114; 2, 36, 48, 89; 3 I, 61; 4 I, 45, 276, 279, 302, 323, 362; 4 II, 132, 293, 298, 373, 393, 473; 6 II, 9, 13, 14.
— (Capsula del), 4 II, 298.
— (Colorazione del), 4 II, 298, 476.
— (Coltura del), 4 I, 302.
— nel cavallo, 1 II, 4.
— nella bocca dei pneumonici, 4 II, 310.
— nella pericardite, 5 I, 18.
— nella saliva, 4 II, 310.
— nella tubercolosi, 4 II, 133.
— nelle angine acute, 3 I, 47.
— nelle meningiti, 4 II, 9, 13.
— nell'endocardite ulcerosa, 5 I, 159.
— nelle peritoniti, 3 II, 180.
— nel sangue, 2, 513; 4 II, 307.
— (Trasmissione del), 4 II, 312.
Pneumoconiosi, 4 I, 455.
Pneumografo di Marey, 4 I, 433; 4 II, 103.
Pneumometro di Waldenburg, 4 I, 433.
Pneumonie de starvation, 4 I, 341.
Pneumonite. V. *Polmonite*.
Pneumopatie reumatiche, 4 I, 381.
Pneumopericardio, 5 I, 67.
— fistoloso, 5 I, 68.
— semplice putrido, 5 I, 67.
— traumatico, 5 I, 67.

Pneumorragia, 4 I, 414.
Pneumoterapia, 4 I, 439.
Pneumotifo, 1 II, 235, 251; 4 II, 339.
Pneumotomia, 4 II, 412.
Pneumotorace, 4 II, 506.
— aperto, 4 II, 221, 511.
— chiuso, 4 II, 511.
— doppio, 4 II, 523.
— essenziale, 4 II, 507.
— multiloculare, 4 II, 511.
— parziale, 4 II, 510.
— pleuritico, 4 II, 508.
— pneumonico, 4 II, 508.
— soffocante, 4 II, 521.
— sottodiaframmatico, 4 II, 526.
— tubercolare, 4 II, 509.
— valvolare, 4 II, 511.
Podofillina nella stitichezza delle clorotiche, 2, 555; XXV.
Podagra, 1 I, 444.
Poichilocitosi, 2, 520.
— nell'anemia perniciosa progressiva, 2, 564.
Point de côté degli apici, di Peter, 4 II, 103.
— — epatico, 3 II, 367.
Poliadenoma piatto dello stomaco, 3 I, 371.
Poliartrite acuta febbrile. V. *Reumatismo articolare acuto*.
— deformante, 1 I, 479.
Polidattilia, 6 III, 260.
Polidipsia nei diabetici, 1 I, 382.
Polifagia nella cirrosi ipertrofica, 3 II, 432.
Polimastia, 6 III, 260.
Polimiosite acuta, 6 II, 273, 478.
Polimorfismo negli eczemi, 2, 436.
— dei batterii, 1 I, 17.
— del dengue, 1 II, 344.
— delirante, 6 III, 349.
— sperimentale, 1 I, 17, 18.
Polineurite, 6 II, 129.
— infettiva, 6 II, 276.
— mercuriale, 2, 658.
— radicolare sifilitica, 6 II, 90.
— sperimentale mercuriale, 6 II, 153.
— — saturnina, 6 II, 149.
Polioencefalite, 6 I, 189.
— acuta, 6 I, 204.
— inferiore, 6 I, 269, 272.
— superiore cronica, 6 I, 266.
— — di Wernicke, 6 I, 274.
— — emorragica, 6 I, 294.
Polioencefalomielite, 6 I, 270, 280.
Poliomielite anteriore, 6 II, 264.
— — cronica, 6 I, 515.
— infantile, 6 I, 190.
Poliopia monoculare isterica, 6 III, 489.
Poliorromenite cronica, 1 I, 112; 1 II, 131.
Polipi dello stomaco, 3 I, 371.
Polipissuria (Falk), 1 I, 439.
Polipo dei bronchi, 4 I, 326.
Polisarcia, 1 I, 323.
Politelia, 6 III, 260.
Politicomani, 6 III, 297, 308.
Poliuria nella pielite acuta, 5 II, 358.
— nelle nefriti croniche, 5 II, 219.
Pollachiuria o Pollakisuria, 1 I, 382.
— nelle nefriti croniche, 5 II, 220.
Polluzioni notturne nella neurastenia; CXIII.
Polmone forzato, 4 I, 231.
Polmonite abortiva, 4 II, 335.
— bianca di Virchow, 4 I, 473.
— biliosa di Stoll, 4 II, 327.
— caseosa, 4 II, 72, 196.
— catarrale, 4 II, 362.
— centrale, 4 II, 335.
— cerebrale eclampsica, 4 II, 336.
— colloide caseosa, 4 II, 196.
— cronica interstiziale ossificante, 4 I, 453.
— — palustre, 1 II, 394.
— — pleurogena, 4 I, 450.
— da bacillo del tifo, 1 II, 236.
— da deglutizione, 6 I, 335.
— da fame, 4 II, 341.
— da influenza, 1 II, 324.
— da iniezione di tubercolina, 1 II, 141.
— degli alienati, 4 II, 341.
— dei cachettici, 4 II, 341.
— dei cavalli, 1 I, 72.
— dell'apice, 4 II, 335.
— desquamativa, 4 II, 196.
— dissecante, 4 I, 451; 4 II, 405.
— doppia, 4 II, 336.
— e bronco-polmonite, 4 II, 385.
— e condizioni meteorologiche, 4 II, 316.
— e gas irritanti, 4 II, 320.
— e gravidanza, 4 II, 337, 539.
— e polveri minerali, 4 II, 320.
— e stagioni, 4 II, 315.
— e temperatura, 4 II, 318.
— effimera, 4 II, 335.
— erisipelatosa, 2, 238.
— franca, 4 II, 293.
— fulminante, 4 II, 338.
— interstiziale, 4 II, 414.
— ipostatica di Piorry, 4 II, 378.
— lobare, 4 II, 293; LXXXII.
— lobulare, 4 I, 333; 4 II, 362.
— — generalizzata, 4 II, 370.
— malarica, 1 II, 412.

Polmonite massiva di Grancher, 4 I, 276; 4 II, 336.
— meningitica, 4 II, 336.
— migrante, 4 II, 336.
— muco-fibrinosa di Grancher, 4 II, 323.
— negli alcoolisti, 2, 687.
— nei beoni, 4 II, 338.
— nei colerosi, 1 II, 475.
— nei diabetici, 4 II, 338.
— nella cachessia palustre, 1 II, 410.
— nella malaria, 4 II, 340.
— nella pertosse, 4 I, 254.
— nell'ileo-tifo, 4 II, 339.
— nell'influenza, 4 II, 340.
— nel tifo esantematico, 2, 21.
— *notha*, 4 I, 333; 4 II, 362.
— perniciosa, 4 II, 34.
— recidivante, 4 I, 445.
— reumatica, 5 II, 24.
— risipolo-flemmonosa, 4 II, 336.
— scrofolosa, 4 II, 196.
— sottopleurica, 4 II, 405.
— tifosa, 1 II, 262.
— (Trasformazione caseosa della), 4 II, 303, 333.
— (Trasformazione fibrosa della), 4 II, 303.
— (Trasmissione dalla madre al feto della), 4 II, 327.
— (Trasmissione della), 4 II, 312.
— ulcerosa, 4 I, 446.
Polso bigemino, 5 I, 205.
— di Corrigan, 5 I, 221, 225.
— — nell'aortite, 5 I, 435.
— digitalico, 5 I, 205.
— epatico, 3 II, 550; 5 I, 276.
— — falso, 5 I, 277.
— — nell'insufficienza tricuspidale, 5 I, 276.
— inspiratorio intermittente, 4 II, 281.
— lento permanente con attacchi sincopali ed epilettiformi nella compressione del midollo, 6 I, 489.
— medico, 5 I, 335.
— negli aneurismi, 5 I, 465.
— nella clorosi, 2, 541.
— nella malaria, 1 II, 406.
— nella mania, 6 III, 94.
— nell'anemia perniciosa progressiva, 2, 561.
— nella peritonite acuta, 3 II, 193.
— nella pleurite, 4 II, 426.
— nella polmonite, 4 II, 326.
— nella scarlattina, 2, 50.
— nella stenosi aortica, 5 I, 211.
— — — mitralica, 5 I, 241.
— nella tachicardia essenziale, 5 I, 342.
Polso nell'ateromatosi, 5 I, 400.
— nelle meningiti, 6 II, 17, 19, 48.
— nelle nefriti, 5 II, 215.
— nel tetano, 6 III, 563.
— nel tifo, 1 II, 233, 249, 260.
— paradosso, 4 II, 281; 5 I, 33, 54, 57, 475.
— raro permanente, 6 III, 553.
— scoccante nell'aortite, 5 I, 435.
— — nell'insufficienza aortica, 5 I, 221.
— trasmesso amigdalo-carotideo, 5 I, 223.
— venoso del dorso della mano, 4 II, 123.
— — d'origine arteriosa, 5 I, 275.
— — — auricolare, 5 I, 275.
— — — mista, 5 I, 275.
— — — ventricolare, 5 I, 275.
— — epatico, 3 II, 351.
— — falso, 5 I, 275.
— — nell'insufficienza tricuspidale, 5 I, 274.
— — normale, 5 I, 274.
— — vero, 5 I, 250, 275.
— visibile di Corrigan, 5 I, 223.
Poltiglia splenica, 1 II, 385.
Polvere del Dower nel diabete, 1 I, 432.
— — nella bronchite, 4 I, 302.
— — nel morbillo, 2, 116.
— di carne alcalinizzata di Debove, 3 I, 285, 369.
— di Reissner, 2, 196.
— di Sedlitz; XL.
Polverizzazione delle essenze, 4 II, 233.
— di sublimato nella risipola, 2, 251.
Pomata di Bazin nella tricofizia, 2, 338.
— di Wilkinson nel favo; XVI.
— — nella psoriasi; XXI.
— — nella prurigine; XIX.
— — nella scabbia; XV.
— — nell'eczema; XXI.
Pommelière, 1 II, 131.
Pompa di Kussmaul, 2, 673; 3 I, 244.
Porencefalia, 6 I, 191, 207; 6 III, 273.
Porpora, 2, 408.
— blenorragica, 2, 321.
— da autointossicazione, 2, 410.
— da pulci, 2, 332.
— emorragica nell'anemia perniciosa progressiva, 2, 561.
— fulminante (Hénoch), 2, 414.
— infettiva, 2, 413.
— — gangrenosa, 3 I, 21.
— jodica (Fournier), 2, 410.
— (Microbiologia della), 1 I, 75.
— mielopatica primitiva, 2, 411.
— nella febbre gialla, 1 II, 508.
— nelle cachessie, 2, 410.

Porpora nello scorbuto, 2, 610.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 33.
— — nella blenorragia, 2, 412.
— reumatoide o reumatica, 2, 403, 411; 5 II, 34.
— tossica, 2, 410.
Porrigo decalvans. V. *Area Celsi.*
Porta d'entrata dei germi, 1 I, 131.
— — del carbonchio, 1 II, 23.
— — delle malattie, 2, 62.
— — del vaiuolo, 2, 129.
Postumi del tetano, 6 III, 566.
— di pertosse, 4 I, 257; 4 II, 257.
Potere antitossico delle capsule surrenali, 5 II, 385.
Pott (Malattia di), 6 I, 478, 498.
Precipitato bianco nella psoriasi; XXI.
— — nell'ulcera perforante del setto, 4 I, 30.
— giallo nell'eczema; XXI.
— — nell'impetigine, 2, 388; XVIII.
Precocità sessuale nei degenerati, 6 III, 265.
Predisposizione alla gotta, 1 I, 468.
— ereditaria alla tubercolosi, 4 II, 31.
— morbosa, 1 I, 224.
Presame nel contenuto stomacale, 3 I, 248, 256.
Priapismo nella tabe, 6 I, 394.
Prigioni e tubercolosi, 6 II, 34.
Processo del filo di Garrod, 1 I, 456; 2, 532.
— dell'etere, 3 I, 250, 255.
Processomani, 6 III, 278, 296, 308.
Proctite, 3 II, 15.
Prodigalità nei pazzi morali, 6 III, 281.
Prodotti batterici, 1 I, 27, 43.
— — convulsivanti, 1 I, 102.
— — paralizzanti, 1 I, 102.
— solubili del bacillo del tifo, 1 II, 178.
— — — di Koch, 1 II, 115.
— — — difterico, 3 I, 158.
— — delle colture batteriche, 1 I, 161, 183.
Professioni e malattie, 1 I, 32.
— e tubercolosi, 4 II, 39, 68.
Profilassi del colèra in Italia, 2, 257.
— della tubercolosi, 4 II, 265.
Proglottidi, 3 II, 146.
Prognatismo, 6 I, 207; 6 III, 259.
Progressione orizzontale di Zweifel, 1 I, 318.
Propeptone nel contenuto gastrico, 3 I, 248.
— nell'urina, 5 II, 52, 67, 176.
Prosopalgia. V. *Nevralgia facciale.*
Proteidi antitossici, 1 I, 191.
— difensivi, 1 I, 191.
Proteine, 1 I, 115.
— nelle urine, 5 II, 52.
Proteo volgare, 1 I, 64; 1 II, 130; 2, 188; 4 II, 404, 498.
Proteus capsulatus, 1 I, 37.
— *hominis*, 1 II, 37.
Prova della cocaina, 4 I, 40.
— estesiometrica dello Schiff e del Foa, 6 III, 45.
Prurigine di Hébra, 2, 418, 457; XIX. V. *Lichen agrius.*
— varicelliforme di Hutchinson, 2, 178.
Prurito anale nella gotta, 1 I, 451.
— cutaneo, 2, 417; XVIII.
— — nelle nefriti croniche, 5 II, 221, 223.
— generalizzato nella gravidanza, 2, 417.
— invernale, 2, 417.
— itterico, 2, 417; 3 II, 262.
— nella scabbia, 2, 326.
— nell'uremia, 2, 417.
— — cronica, 5 II, 89.
— senile, 2, 417.
Psammomi, 6 I, 216.
Pselafobie, 6 III, 318.
Pseudoalbuminuria, 5 II, 165.
Pseudoangina pectoris, 1 I, 391.
Pseudoarea Celsi 2, 346.
— — nel morbo di Basedow, 6 II, 467.
— — trofoneurotica, 2, 347, 350, 352.
Pseudoasma albuminurico, 4 I, 316.
— aortico, 4 I, 392.
— cardiaco, 4 I, 389, 392.
— di origine gastrica, 4 I, 435; 4 II, 435.
— sintomatico, 4 I, 230.
Pseudobacillo difterico, 1 I, 32.
Pseudocanalicoli biliari, 3 II, 410, 437.
Pseudocatalessia nella confusione mentale, 6 III, 147.
— nella malinconia, 6 III, 124.
Pseudoclorosi sifilitica, 2, 549.
— tubercolosa, 2, 549.
Pseudocorea del Lannois, 6 III, 367.
— elettrica, 6 III, 413.
Pseudocrup, 3 I, 226; 4 I, 147.
Pseudodemenza, 6 III, 246.
Pseudodiabete, 1 I, 439, 445.
Pseudodifterite, 3 I, 183.
— spontanea negli animali, 3 I, 165.
Pseudodispepsia di Sée, 3 I, 271.
Pseudoermafroditismo, 6 III, 340.
Pseudoflemmoni, 6 II, 155.
Pseudogenio, 6 III, 275, 285.
Pseudoincoerenza nella confusione mentale, 6 III, 145.
Pseudoipertrofia cardiaca, 5 I, 73.
Pseudoittiosi da lesioni nervose, 2, 394.
— professionali, 2, 394.
Pseudoleucemia, 2, 574; 4 II, 278.

Pseudo-male di Pott isterico, **6** I, 497.
Pseudomembrane nella pericardite tubercolare, **5** I, 59.
— pleuritiche, **4** II, 414.
— sperimentali, **3** I, 183.
Pseudomeningite, **6** II, 4, 24, 25.
— dell'isterismo, **6** II, 4.
— dei bambini, **6** II, 24.
— isterica, **6** II, 25; **6** III, 524.
— pneumonica, **6** II, 25, 50.
— riflessa, **6** II, 50.
— tossica, **6** II, 25, 50, 52.
Pseudomestruazione e tifo, **1** II, 288.
Pseudomonomania, **6** III, 280.
Pseudonevralgia, **6** I, 496.
— in compressione del midollo, **6** I, 482, 484.
Pseudoparalisi bulbare, **6** I, 285.
— generale, **6** III, 53, 56, 58, 183.
— — alcoolica, **6** III, 56, 58, 183.
— — anossiemica, **6** III, 56, 58.
— — artritica, **6** III, 56, 58.
— — neuritica, **6** III, 56, 58.
— — pellagrosa, **6** III, 56, 58.
— — saturnina, **6** III, 56, 58.
— — sifilitica, **6** II, 102; **6** III, 12, 56.
— nei tabici, **6** I, 368.
— nella sifilide ereditaria, **2**, 290, 293.
— saturnina, **6** II, 343.
— sifilitica, **6** I, 205, 322; **6** II, 102; **6** III, 12, 56.
Pseudoparassiti del sangue (Hayem), **2**, 523, 561, 564.
— — nel cancro dello stomaco, **3** I, 391.
Pseudoperitonite, **6** II, 4.
— isterica, **3** II, 196; **6** III, 528.
Pseudoporencefalia, **6** I, 191, 207.
Pseudorachitismo sifilitico, **1** I, 307.
Pseudorecidiva nella scarlattina, **2**, 45.
Pseudoreumatismo, **1** I, 147; **5** II, 4, 33.
— infettivo di Bouchard, **2**, 241; **3** II, 111; **6** II, 499.
— nodoso, **1** I, 479.
— scarlattinoso, **2**, 63.
Pseudoscrofola, **1** I, 229.
Pseudosifilide pigmentaria, **2**, 281.
Pseudotabe, **1** I, 388; **6** I, 416.
— alcoolica, **6** III, 183.
— da arsenico, **2**, 666.
— da solfuro di carbonio, **2**, 723.
— nel diabete, **6** I, 416.
— nella neurastenia, **6** I, 416.
— nell'intossicazione alcoolica, **6** I, 416.
— — da arsenico, **6** I, 416.
— nel saturnismo, **2**, 641.
Pseudotabe neuritica. V. *Neurotabe periferica.*
— periferica, **6** II, 225.
— sifilitica, **6** II, 118.
Pseudotetania isterica, **6** II, 522.
Pseudotetano. V. *Tetania.*
Pseudotifo, **1** II, 521.
Pseudotisi, **1** I, 74.
Pseudotremito, **6** I, 424.
Pseudotrichinosi, **6** II, 487.
Pseudotubercolosi, **1** I, 73; **1** II, 140; **4** I, 513.
— da parassiti animali, **1** II, 144.
— da sostanze inanimate, **1** II, 144.
— micotica, **1** II, 147.
— microbica, **1** II, 145.
Psicastenia, **6** III, 310.
— circolare, **6** III, 214.
Psicologia di relazione, **6** III, 92.
Psicometria, **6** III, 88.
Psiconeurastenia degenerativa impulsiva ed emotiva, **6** III, 309.
Psiconeuropatici affettivi, **6** III, 278.
Psiconeurosi, **6** III, 108.
— maidica, **2**, 742. V. *Maidismo.*
Psicoparesi. V. *Demenza.*
Psicopatia blenorragica, **6** III, 143.
— degenerativa, **6** III, 249.
— neuritica, **6** II, 231.
— paralitica, **6** III, 3.
— sessuale, **6** III, 195, 257.
— — costituzionale, **6** III, 334.
Psicopatici intellettivi, **6** III, 275.
Psicorismo, **6** III, 191.
Psicosi, **6** III, 70.
— affettiva, **6** III, 108.
— — acquisita. V. *Demenza.*
— astenica, **6** III, 143.
— criminale o morale, **6** III, 282.
— degenerativa, **6** III, 249, 340.
— diatesica, **6** III, 172.
— epidemica, **6** III, 294.
— episodica dei degenerati, **6** III, 340.
— febbrile nell'influenza, **1** II, 319.
— funzionale, **6** III, 102.
— gravidica, **6** III, 144, 342.
— ideoobsessiva, **6** III, 309.
— mestruale, **6** III, 195, 204.
— nell'aneurisma aortico, **5** I, 471.
— polineuritica, **6** II, 213; **6** III, 153.
— — e confusione mentale, **6** II, 215.
— — alcoolica, **6** II, 229.
— — di Korsakow, **6** III, 244.
— postinfettiva, **6** III, 153.
— puerperale, **6** III, 152, 195, 204.
— sistematica progressiva, **6** III, 208.

Psicosi tossica, 6 III, 169.
Psorenterite nel colèra, 1 II, 460.
Psoriasi, 2, 429; XX.
— guttata, 2, 430.
— linguale, 2, 431; 3 I, 31.
— palmare o sifilitica, 2, 280.
— vegetante, 2, 429.
Psorospermosi, 1 II, 8; 2, 469.
— follicolare vegetante di Darier, 1 I, 19; 2, 468, 471.
Ptialismo mercuriale, 2, 653.
— nelle gravide, 3 I, 296.
Ptomaine, 1 I, 104.
— del colèra, 1 II, 473, 459.
— della carne guasta, 2, 738.
— tubercolare, 1 II, 215.
Ptosi, 6 II, 331. V. *Blefaroptosi.*
— pseudoparalitica, 6 II, 335.
— nella tabe, 6 I, 374.
Pubertà e psicosi, 4 III, 342.
— nei degenerati, 6 III, 276.
Puerperio e malattie, 1 I, 51.
— e psicosi, 6 III, 86, 144, 342, 475.
Pulsazione laringotracheale nell'aneurisma aortico, 5 I, 475.
— negli aneurismi, 5 I, 464.
Punte di fuoco nella tabe, 6 I, 417.
Punti d'elezione d'eccitamento elettrico, 6 II, 316.
— dolorosi nella prosopalgia, 6 II, 385.
— — nella sciatica, 6 II, 377.
— — nelle nevralgie, 6 II, 364, 389.
Puntura esplorativa nella pleurite, 4 II, 442, 450.
— capillare nell'occlusione intestinale, 3 II, 95.
Purganti; XXXVIII; XXXIX; XL; XCIV.
— nel diabete, 1 I, 433, 438.
— nella congestione polmonare; LXXIII.
— nella dilatazione di cuore, 5 I, 87; LXXXVII.
— nella dissenteria, 3 II, 120.
— nella gotta, 1 I, 474, 476.
— nella mania, 6 III, 106.
— nella pleurite, 4 II, 452.
— nella risipola, 2, 257.
— nella scarlattina; X.
— nella stitichezza delle clorotiche, 2, 555; XXIV, XXV.
— nella tifoide, 1 II, 267.
— nell'eclampsia, 5 II, 240.
— nelle cirrosi epatiche, 3 II, 427; XLIX.
— nelle emorroidi, 3 II, 69; XLIII.
— nell'edema della glottide, 4 I, 80; LVI.
— nelle nefriti, 5 II, 237; CII.
— nell'enterite pseudomembranosa, 3 II, 20.
— nell'obesità, 1 I, 354; II.
— nell'orticaria, 2, 425; XX.
— nel pseudotifo, 1 II, 540.
— salini nell'insolazione, 2, 790.
Pus bonum et laudabile, 4 II, 307, 475.
Pustola, 2, 324.
— del vaiuolo, 2, 132, 143.
— (Ombellicazione secondaria della), 2, 143.
— maligna, 1 II, 29.
Putrescina, 1 I, 170.

Q

Quadriplegia isterica, 6 III, 519.
Quadrivio sensitivo, 6 I, 174.
Quantità del vaccino, 2, 193.
— di virus nella rabbia, 1 II, 101.
Quarantene nella febbre gialla, 1 II, 514.
Quebracho nell'asma, 4 I, 239; LXI.
Querelanti di Kraft-Ebing, 6 III, 278.
Querelantomania, 6 III, 296.
Quinte, 4 I, 245; 4 II, 101.
Quiescent excavation, 4 II, 91.

R

Rabarbaro nella stitichezza della clorosi; XXV.
Rabbia, 1 I, 68; 1 II, 73.
— congenita, 1 I, 40.
— (Diagnosi differenziale dal delirio acuto dei maniaci), 1 II, 94.
— (Diagnosi differenziale dal *delirium tremens*), 1 II, 90.
Rabbia (Diagnosi differenziale dal tetano), 1 II, 93.
— (Epidemie di), 1 I, 68.
— furiosa, 1 II, 94.
— (Incubazione della), 1 II, 84.
— muta, 1 II, 94.
— nelle stagioni, 1 II, 76.

Rabbia paralitica, 1 II, 91.
— (Trasmissione dalla madre al feto della), 1 II, 82.
— (Trasmissione sperimentale della), 1 II, 74.
Rabdonema, 3 II, 164.
Rabel (Acqua di), 4 I, 419.
Rachialgia nella neurastenia, 6 III, 443.
— nell'influenza, 1 II, 316.
— nel tifo esantematico, 2, 18.
— nel vaiuolo, 2, 75, 140.
— notturna, 6 II, 111, 117.
— sifilitica, 6 II, 111, 117.
Rachitismo, 1 I, 293; 2, 620; 6 II, 48; II.
— acuto, 1 I, 309.
— — da scorbuto, 2, 612.
— congenito, 1 I, 309.
— intrauterino, 1 I, 309.
— predisponente ad altre malattie, 4 I, 327.
— tardivo, 1 I, 309.
— toracico, 1 I, 301.
Raffreddamento del corpo nella cianosi, 5 I, 285.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 12.
— progressivo nello sclerema dei neonati, 4 I, 417.
Rame nel diabete, 1 I, 434.
Rammollimento bulbare, 6 I, 296.
— cerebrale, 6 I, 138; 6 II, 88; CVI.
— — bianco, 6 I, 140, 142.
— — cronico, 6 I, 147.
— — da compressione, 6 I, 145.
— — dei neonati, 6 I, 146.
— — emorragiparo, 6 I, 143.
— — giallo, 6 I, 140, 143.
— — infiammatorio, 6 I, 144, 147.
— — rosso, 6 I, 140.
— cerebellare, 6 I, 236.
— della protuberanza, 6 I, 262.
— giallo del midollo, 6 I, 315.
— grigio del midollo, 6 I, 315.
— — del polmone, 4 II, 296.
— rosso del midollo, 6 I, 315.
— — del polmone, 4 II, 296.
— sifilitico del midollo, 6 II, 115.
Rantolo bolloso o umido, 4 I, 289.
— cavernoso, 4 II, 11, 120.
— cavernuloso, 4 II, 111.
— crepitante, 4 II, 110.
— — di ritorno, 4 II, 325.
— — nella polmonite, 4 II, 324.
— mucoso, 4 I, 290.
— postespiratorio di Boas, 4 II, 121.
— russante, 4 I, 289.
— secco o sonoro, 4 I, 289.
Rantolo sibilante, 4 I, 289.
— sottocrepitante, 4 I, 290.
— tubercolare, 4 II, 109.
— umido o bolloso, 4 I, 289.
Rapporti genitali e tubercolosi, 1 II, 119.
Raptus malinconico, 6 III, 117, 123.
Raschiatura di budella nella dissenteria, 3 II 107.
Rash nelle febbri eruttive, 2, 41.
— orticato nel morbillo, 2, 93.
— scarlattiniforme, 2, 75.
— vaiuoloso, 2, 141.
Rasmüssen (Aneurisma di), 4 II, 89.
Rasori (Teoria di), 4 II, 347.
Ratania nel colèra, 1 II, 495.
— — infantile, 3 II, 30; XLII.
— nelle emorragie intestinali; XLIV.
— nell'emottisi dei tisici, 4 II, 256; LXXIX.
— nell'epistassi; LIII.
Raynaud (Malattia di), 2, 383, 459; 4 I, 41; 6 II, 492; 6 III, 263.
Razze e malattie, 1 I, 51.
— di rachitici, 1 I, 306.
— e tubercolosi, 4 II, 39.
Reattivo di Almen e Nyländer, 1 I, 394.
— di Böttger, 1 I, 393.
— di Capezzuoli, 1 I, 393.
— di Chautard, 1 I, 405.
— di Fischer, 1 I, 394.
— di Günzburg, 3 I, 247.
— di Hager, 1 I, 393.
— di Kitasato, 1 II, 6.
— di Knapp, 1 I, 393.
— di Löwe, 1 I, 394.
— di Millard, 5 II, 54.
— di Moore, 1 I, 393.
— di Müller, 1 I, 393.
— di Neubauer e Vogel, 1 I, 393.
— di Penzoldt, 1 I, 394.
— di Pratesi, 1 I, 393.
— di Tanret, 5 II, 54.
— di Trommer, 1 I, 393.
— di Uffelmann, 3 I, 247.
Reazione con meningoencefalite nel colèra, 1 II, 469.
— degenerativa, 6 I, 320; 6 II, 193.
— — faradica, 6 II, 196.
— — nella malattia di Charcot, 6 I, 332.
— — nella miopatia primitiva progressiva, 6 II, 408.
— — nell'isterismo, 6 II, 274.
— dell'amido, 1 I, 11.
— dell'indol, 1 II, 210.
— di eccitamento nella tetania, 6 II, 513.

Reazione di esaurimento nella malattia di Erb, 6 II, 519.
— di debolezza dei muscoli nei tisici, 4 II, 146.
— di Gerhardt, 1 I, 406.
— di Gmelin, 2, 501; 3 II, 242, 257.
— di Jaccoud, 3 II, 257.
— di Legal, 1 I, 405.
— irregolare del colèra, 1 II, 468.
— lenta nel colèra, 1 II, 469.
— regolare nel colèra, 1 II, 468.
— viva o febbrile nel colèra, 1 II, 469.
Reazioni nervose, 1 I, 246.
Récamier. V. *Bagno*.
Recidiva di risipola, 2, 236.
— di tifo esantematico, 2, 14.
— nella clorosi, 2, 548.
— nella difterite, 3 I, 170.
— nella mania, 6 III, 126.
— nella pertosse, 4 I, 250.
— nella rubeola, 2, 121.
— nella scarlattina, 2, 45.
— nelle infezioni, 1 I, 136.
— nelle neuriti, 6 II, 225.
— nel morbillo, 2, 83, 98.
— nel tetano, 6 III, 566.
— tardiva nella scarlattina, 2, 45.
Recrudescenze di risipola, 2, 236.
— nella miliare, 2, 207.
— nella scarlattina, 2, 45.
— nelle febbri eruttive, 2, 36.
— nelle infezioni, 1 I, 135.
— nel morbillo, 2, 97.
— nel tifo, 1 II, 257.
— — esantematico, 2, 24.
Reflusso della bile nello stomaco, 3 I, 280.
Regicidi, 6 III, 299.
— alienati, 6 III, 299.
Regime arabico, 1 I, 274.
— degli obesi, 1 I, 335, 347.
— dei tisici, 4 II, 241, 247.
— di Bouchardat nel diabete, 1 I, 424.
— — nell'obesità, 1 I, 351.
— di Cantani nel diabete, 1 I, 426.
— — nell'obesità, 1 I, 347.
— di Dujardin-Beaumetz nell'obesità, 1 I, 351.
— di Ebstein nell'obesità, 1 I, 368.
— di Harvey-Banting nell'obesità, 1 I, 348.
— di Naunyn nel diabete, 1 I, 430.
— di Oertel, 1 I, 349.
— di ricostituzione, 1 I, 274.
— di Schwenninger, 1 I, 350.
— di Sée, 1 I, 350.
— di vita definitivo, 1 I, 274.
— di Vogel, 1 I, 350.
Regime latteo, 1 I, 274.
— — nelle nefriti, 5 II, 227.
— nel diabete, 1 I, 424.
Régis (Allucinazioni oniriche di), 6 III, 38.
Reichmann (Malattia di), 3 I, 254, 277.
Reinfezione di sifilide, 2, 264.
Remissioni nella paralisi generale progressiva, 6 III, 53.
Remittenza nella febbre mediterranea, 1 II, 528.
Rene a dorso di porco degli alcoolisti, 2, 688.
— amiloide nella sifilide, 5 II, 278.
— cardiaco, 5 II, 144.
— da renella, 1 I, 465.
— del diabete, 1 I, 374.
— gottoso, 1 I, 464.
— lardaceo. V. *Degenerazione amiloide*.
— mobile complicato, 5 II, 336.
— — doloroso, 5 II, 334.
— — e dispepsie, 3 I, 280, 282.
— — e gravidanza, 5 II, 327.
— — neurastenico, 5 II, 334, 337.
— — o migrante, 5 II, 326.
— nel colèra, 1 II, 461; 5 II, 248.
— nella difterite, 3 I, 194.
— nella erisipela, 2, 240.
— nella febbre gialla, 5 II, 248.
— nell'alcoolismo, 5 II, 212.
— nella pertosse, 4 II, 257.
— nella polmonite, 4 II, 306, 339.
— nell'avvelenamento da arsenico, 5 II, 244.
— — da fosforo, 5 II, 244.
— nelle intossicazioni, 5 II, 213.
— nell'intossicazione da piombo, 5 II, 210.
— nel reumatismo, 5 II, 211.
— nel saturnismo, 2, 636.
— policistico, 5 II, 307.
— — congenito, 5 II, 323.
Renella, 1 I, 360; II.
— biliare, 3 II, 288.
— dei bambini; II.
— fosfatica, 1 I, 361.
— nell'ittiosi, 2, 393.
— ossalica, 1 I, 361; 5 II, 342.
— terrosa, 5 II, 341.
— urica, 1 I, 361.
Resorcina disinfettante intestinale; I.
— nel colèra europeo, 1 II, 506; VII.
— — infantile, 3 II, 31; XLII.
— nella gonorrea, 2, 312; XIV.
— nella malaria, 1 II, 426.
— nella pertosse, 4 I, 264; LXII.
— nella pitiriasi versicolore; XVII.
— nella risipola, 2, 251.
— nella tifoide, 1 II, 265.

Resorcina nella tricofizia; xv.
— nell'eczema, 2, 439; xxi.
— nelle gastriti croniche; xxxix.
— nell'ulcera molle, 2, 307.
— nel lupus eritematoso, 2, 375; xviii.
— nel pseudotifo, 1 ii, 540.
Respirazione cavernosa, 4 ii, 120.
— di Cheyne-Stokes, 1 i, 277, 404; 1 ii, 91; 4 i, 368; 5 i, 97; 5 ii, 87, 90.
— — nelle meningiti, 6 ii, 20.
— — — nell'isterismo, 6 iii, 513.
— — — nell'uremia, 5 ii, 87.
— — — nel morfinismo, 6 iii, 186.
— di Kussmaul, 1 i, 404.
— di lusso, 1 i, 276.
— intercisa, 4 ii, 108.
— — nel tifo esantematico, 2, 20.
— nella malinconia, 6 iii, 119.
Restringimento delle arterie coronarie ed *angina pectoris*, 5 i, 308, 313.
— intestinale, 5 ii, 80.
— — per cicatrici, 5 ii, 90.
— — per tumori, 5 ii, 90.
— pilorico, 5 i, 260.
Retinite albuminurica, 5 ii, 220.
— — nel saturnismo, 2, 642.
— leucemica di Liebreich, 2, 598.
Retrazione della parete costale nell'aneurisma aortico, 5 i, 478.
— dell'aponeurosi palmare. V. *Malattia di Dupuytren.*
— del torace alla regione del cuore, 5 i, 50.
— polmonare, 4 i, 336.
— fibrotendinea nelle neuriti, 6 ii, 208.
— — nell'isterismo, 6 iii, 531.
Retroipertrofia cardiaca di Forget, 5 i, 77.
Retrovaccinazione, 2, 192.
Reumatismo articolare acuto, 5 ii, 3; xcix.
— — — abortivo, 5 ii, 36.
— — — congenito, 1 i, 40.
— — — franco, 5 ii, 36.
— — — grave, 5 ii, 36.
— blenorragico, 2, 315.
— — cronico, 2, 318.
— cardiaco, 5 ii, 18.
— cerebrale, 5 ii, 26.
— — acutissimo, 5 ii, 26.
— — acuto, 5 ii, 27.
— — subacuto, 5 ii, 28.
— cronico fibroso di Jaccoud, 1 i, 483.
— — progressivo, 1 i, 479.
— — semplice, superficiale, sinoviale di Besnier, 1 i, 483.
— dissenterico, 5 ii, 110.
Reumatismo e cardiopatie, 5 i, 264, 270.
— emorragico, 5 ii, 33.
— infantile, 5 ii, 37.
— iperpiretico, 5 ii, 28, 30.
— muscolare dorsale, 6 ii, 76.
— nodoso dei bambini, 1 i, 483.
— pleuro-polmonare, 5 ii, 23.
— spinale, 5 ii, 31.
— viscerale, 5 ii, 36.
Revulsivi nei dolori toracici dei tisici, 4 ii, 258.
— nei vizi di cuore, 5 i, 203.
— nel colèra, 1 ii, 496.
— nel diabete, 1 i, 435.
— nella bronchite cronica, 4 i, 310.
— nella bronchiettasia, 4 i, 363.
— nella gotta, 1 i, 475.
— nella malinconia, 6 iii, 138.
— nella miocardite acuta, 5 i, 3.
— nell'*angina pectoris*, 5 i, 327.
— nella paralisi generale progressiva, 6 iii, 64.
— — labioglosso-faringea, 6 i, 288.
— nella pericardite, 5 i, 44.
— nella peritonite cronica, 5 ii, 203; xlviii.
— nella pleurite, 4 iii, 452.
— nella poliomielite anteriore cronica, 6 i, 519.
— nella polmonite, 4 ii, 348.
— nella sciatica, 6 ii, 383.
— nella tabe, 6 i, 417.
— nella tachicardia essenziale, 5 i, 345.
— nelle bronchiti, 4 i, 297, 310.
— nell'embolismo polmonare, 4 i, 401.
— nell'endocardite, 5 i, 183.
— nell'isterismo, 6 iii, 535.
— nel reumatismo cronico progressivo, 1 i, 494.
Ricadute nel tifo esantematico, 2, 26.
Ricchezza globulare del sangue, 2, 544.
Ricerca tossicologica del fosforo, 2, 675.
— — della cocaina, 2, 707.
— — dell'arsenico, 2, 667.
Riegel (Stetografo di), 4 i, 433.
Rientramento sistolico della punta del cuore nella stenosi aortica, 5 i, 210.
— sistolico dell'epigastrio, 5 i, 53.
Riflessi nei melanconici, 6 iii, 115.
— nel diabete, 1 i, 387, 399.
— nell'alcoolismo, 6 iii, 182.
— nella mania, 6 iii, 91, 95.
— nella paralisi generale progressiva, 6 iii, 47.
— nella rabbia, 1 ii, 89.
— nella tabe, 6 i, 372, 400.
— nell'emiplegia, 6 i, 41.
— nell'emorragia cerebrale, 6 i, 169.
— nelle neuriti, 6 ii, 206.

Riflessi nell'isterismo, **6** III, 492.
— nel morbo di Friedreich, **6** I, 421.
— oculari nella tabe, **6** I, 375.
— tendinei nell'emiplegia cerebrale, **6** I, 38.
Riflesso al dolore, **6** I, 375.
— di Snellen-Schiff, **1** I, 83.
— psichico di Traube, **5** I, 36.
Rigenerazione dei nervi, **6** II, 136.
Rigidità cadaverica dopo il tetano, **6** III, 569.
— cardiaca del polmone, **4** II, 390.
— della nuca nelle meningiti, **6** II, 18, 23, 39, 48.
— muscolare nell'atetosi doppia, **6** I, 66.
— — nella malattia di Thomsen, **6** III, 433.
— — nella paralisi agitante, **6** III, 427.
— paralitica nel tetano, **6** III, 593.
Rigurgito nelle stenosi esofagee, **5** I, 447.
Rinite atrofica, **4** I, 16.
— iperestetica periodica, **4** I, 47.
— ipertrofica, **4** I, 16.
Rinobronchite spasmodica, **4** I, 49.
Rinofima, **2**, 470.
Riparazione delle caverne tubercolari, **4** II, 91.
Ripresa nella pertosse, **4** I, 247.
Riproduzione ematoblastica, **2**, 524.
Risipola. V. *Erisipela*.
Riso, **6** II, 359.
— a cul di pollo, **6** II, 411.
— di traverso, **6** II, 411.
— giallo, **6** II, 411.
— spasmodico nella sclerosi a piastre, **6** I, 348.
Risolventi nel reumatismo cronico progressivo, **1** I, 494.
Ristagno di liquidi nello stomaco, **5** I, 261.
Ritardo delle sensazioni nei tabici, **6** I, 371.
Ritmo accoppiato del cuore di Hyde-Salter, **5** I, 205.
— di pendolo del cuore, **5** I, 96.
— fetale del cuore, **5** I, 96. V. *Embriocardia*.
— mitrale, **5** I, 238.
Rivaccinazioni, **2**, 191.
Rivulsione nella bronchite, **4** I, 297.
Rivulsivi nella paralisi generale progressiva, **6** III, 64.
— nella pericardite, **5** I, 44.
Rogna delle pecore, **1** I, 46.
Romberg (V. *Segno di*).
Romme (Coma diabetico di), **1** I, 406.
Ronchi, **4** I, 289.
Ronzio d'orecchi nell'uremia cronica, **5** II, 89.
— — nell'endocardite, **5** I, 170.
— — nelle nefriti croniche, **5** II, 221.
Rosario rachitico, **1** I, 301.
Rosenbach (Streptococco di), **2**, 223; **6** II, 482.
Roseola di ritorno, **2**, 279.
— di Trousseau, **2**, 117.
— epidemica, **2**, 117.
— medicamentosa, **2**, 112, 126.
— nel tifo, **1** II, 229.
— orticata di Fournier, **2**, 279.
— papulosa, **2**, 279.
— sifilitica, **2**, 278.
— sudorale, **2**, 475.
Rosso del colèra, **1** II, 448, 505.
Rossore delle guancie nella polmonite, **4** II, 328.
— della faccia nella tetania, **6** II, 524.
— etico delle guancie, **4** II, 115.
Rotazione sistolica precordiale, **5** I, 53.
Roth (Malattia di), **6** II, 488.
— (Tumore pastoso di), **6** I, 459.
Rottura d'aneurisma aortico, **5** I, 480.
— dell'aorta nelle aortiti, **5** I, 450.
— del cuore, **5** I, 66, 97, 129.
— della milza nella malaria, **1** II, 398.
— dell'esofago, **5** I, 458.
— dell'uretra nella blenorragia, **2**, 310.
— del timpano, **4** I, 254.
— spontanea del cuore, **5** I, 130.
— — dell'aorta, **5** I, 441.
— traumatica del cuore, **5** I, 129.
— valvolare e insufficienza aortica, **5** I, 214.
Rougnon Heberden (Malattia di), **5** I, 308.
Roux e Chamberland (Teoria sulla febbre ricorrente), **1** II, 400.
Rubeola, **2**, 31, 117.
Ruminazione, **6** III, 262.
— psicologica, **6** III, 316.
Rummo (V. *Segno di*).
Rumore asistolico di Parrot, **5** I, 300.
— diastolico nella stenosi mitrale, **5** I, 238.
— — nella stenosi tricuspidale, **5** I, 268.
— di *carillon*, **5** I, 69.
— di fistola, **4** II, 510.
— di fluttuazione toracica, **4** II, 520.
— di galoppo, **5** I, 79, 85.
— — carotideo, **5** I, 225.
— — nella pericardite, **5** I, 28.
— — nelle miocarditi, **5** I, 107.
— — nelle nefriti croniche, **5** II, 216.
— di gorgoglio metallico, **5** I, 69.
— di monete, **5** II, 518.
— di mulino nel pneumopericardio, **5** I, 67.
— di pentola fessa di Laënnec, **4** II, 119.
— di moto idraulico, **5** I, 69.
— di sfregamento nella pleurite, **4** II, 433.
— di Skoda, **4** II, 428.
— di soffio, **5** I, 193.

Rumore di soffio negli aneurismi, 5 I, 468, 471.
— — nell'aortite, 5 I, 436.
— di successione ippocratico, 4 II, 520.
— di tempesta, 4 I, 337.
— di tintinnio metallico, 5 I, 69.
Rumore di trottola nella clorosi, 2, 541.
— metallico di Laënnec, 4 II, 518; 5, I, 78.
— sistolico all'aorta, 5 I, 291.
Rumori agli orecchi nell'aortite, 5 I, 447.
— — orecchi nelle cardiopatie, 5 I, 79.
Rupofobia, 6 III, 315, 319.

S

Sabbia biliare, 3 II, 288.
— renale, 5 II, 344.
Saccarina nel diabete, 1 I, 425; II.
Saccoccia aneurismatica, 5 I, 388.
Sadismo, 6 III, 336.
Salaam (Tic di), 6 III, 465.
Salacetol nel reumatismo articolare acuto; XCIX.
Salasso, 6 I, 24, 385, 392, 401, 408, 417; 6 II, 347.
— (Accidenti del), 5 I, 408.
— e sincope, 5 I, 329.
— nei vizi di cuore, 5 I, 207.
— nel delirio acuto, 6 III, 168.
— nella cachessia strumipriva, 1 I, 266.
— nella congestione cerebrale, 6 I, 138.
— — polmonare, 4 I, 385, 392.
— nella dilatazione di cuore, 5 I, 88.
— nella flebite, 5 I, 427.
— nella pazzia periodica, 6 III, 208.
— nella pericardite, 5 I, 44.
— nella pleurite, 4 II, 452.
— nella polmonite, 4 II, 347.
— nell'apoplessia polmonale, 4 I, 419.
— nell'avvelenamento da solfuro di carbonio, 2, 724.
— nell'edema acuto polmonare, 4 I, 392, 401.
— nell'emorragia cerebrale, 6 I, 179.
— nelle nefriti, 5 II, 231.
— nell'infarto polmonare, 4 I, 408.
— nell'insolazione, 2, 791.
— nell'uremia, 5 II, 239.
— nel morbillo, 2, 116.
— nel rammollimento cerebrale? 6 I, 159.
— nel rene cardiaco, 5 II, 146.
— nel reumatismo viscerale, 5 II, 46.
Sale di calce nel rachitismo, 1 I, 313.
— di Carlsbad; XXXVIII.
— — nella stitichezza delle clorotiche, 2, 555.
— di potassio nella renella, 1 I, 364.
Salep nel colèra; VI.
Salicilato contro il morbillo, 2, 115.
— di bismuto nella tifoide, 1 II, 267, 281.
Salicilato di bismuto nelle discrasie acide, 1 I, 292.
— di mercurio nella sifilide; XII.
— di metile nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 45; C.
— — nelle nevriti; CVII.
— — nel diabete, 1 I, 434; III.
— — nella bronchite, 4 I, 301; LXX.
— — nella corea, 6 III, 397; CXII.
— — nella gotta, 1 I, 474; IV.
— — nelle neuriti reumatiche, 6 II, 284.
— — nelle paralisi reumatiche, 5 II, 327, 337.
— — nella litiasi biliare, 3 II, 309; XLVIII.
— — nell'*angina pectoris*, 5 I, 327.
— — nella pertosse; LXII.
— — nella porpora reumatoide, 2, 413.
— — nella risipola, 2, 251.
— — nella tetania; CIX.
— — nella tifoide, 1 II, 269; V.
— — nell'eritema polimorfo, 2, 405.
— — nell'influenza, 1 II, 337.
— — nell'orticaria; XIX.
— — nel prurito; XVIII.
— — nello pseudotifo, 1 II, 540.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 43; XCIX.
— — blenorragico, 2, 318.
— sodico nell'emicrania, 6 III, 625.
Salipirina nell'emicrania, 6 III, 626.
— nella bronchite, 4 I, 301; LXX.
— nell'influenza, 1 II, 338; V.
— nel reumatismo articolare acuto; C.
Saliva nella rabbia, 1 II, 76, 81.
Salivazione nella mania, 6 III, 94.
Salofene nella gonorrea; XIII.
— nell'emicrania, 6 III, 626.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 45; IV, XCIX.
Salol disinfettante intestinale; I.
— nel colèra, 1 II, 499, 501.
— — infantile, 3 II, 31; XLII.
— nella bronchite, 4 I, 301; LXX.

Salol nella desquamazione areolare della lingua, **3** I, 31.
— nella gonorrea, **2**, 312; XIII, XV.
— nella gotta; IV.
— nella litiasi biliare, **3** II, 309; XLVIII.
— nell'angina catarrale, **3** I, 68.
— nella risipola, **2**, 251.
— nella stomatite ulcerosa, **3** I, 18.
— nella tifoide, **1** II, 281; V.
— nell'influenza, **1** II, 335, 338; V.
— nell'ozena; LVI.
— nell'ulcera perforante del setto, **4** I, 30.
— nel pseudotifo, **1** II, 540.
— nel reumatismo articolare acuto; XCIX.
— nel vaiuolo, **2**, 167; X.
Salpingite blenorragica, **2**, 314.
— suppurata, **3** II, 184.
Salvia nei sudori dei tisici; LXXXI.
Salutazione convulsiva, **6** III, 465.
Sanatori pei lebbrosi, **2**, 385.
— pei malarici, **1** II, 357.
— pei tisici, **4** II, 241, 292.
Sander (Malattia di), **6** III, 290, 308, 349.
Sangue (Alcalescenza del), **2**, 509.
— (Alterazioni dei globuli bianchi del), **2**, 525.
— (Alterazioni dei globuli rossi del), **2**, 518.
— (Alterazioni delle piastrine del), **2**, 509, 524.
— (Attività di riduzione del), **2**, 544.
— (Conteggio dei globuli del), **2**, 497, 503, 506, 521.
— (Cromometria del), **2**, 499.
— (Densità del), **2**, 509. V. *Colèra.*
— di animali rabbiosi, **1** II, 82.
— (Dosamento dell'emoglobina del), **2**, 499.
— (Elementi neoplasici circolanti del), **2**, 516.
— (Emazie nucleate del), **2**, 516.
— (Esame batteriologico del), **2**, 501.
— (Esame chimico del), **2**, 499.
— (Esame delle piastrine del), **2**, 509.
— (Esame fisico del), **2**, 491.
— (Esame istologico del), **2**, 494.
— (Esame spettroscopico del), **2**, 499.
— flemmasico, **2**, 529.
— — franco, **2**, 530.
— — attenuato, **2**, 530.
— (Granulazioni melaniche del), **2**, 517.
— negli emoglobinurici, **5** II, 125.
— nei diabetici, **1** I, 370.
— nei malinconici, **6** III, 120.
— nei pazzi, **6** III, 171.
— nei sifilitici, **2**, 265.
— nei tisici, **4** II, 147, 180, 186.
— nel cancro, **2**, 519.
— — dello stomaco, **3** I, 391.
Sangue nel colèra, **1** II, 467.
— nel fosforismo acuto, **2**, 673.
— nella clorosi, **2**, 544.
— nella difterite, **3** I, 175.
— nella gotta, **1** I, 456.
— nella leucemia, **2**, 578.
— nella malaria, **1** II, 380, 399; **3** II, 450.
— nella mania, **6** III, 94.
— nella miliare, **2**, 201.
— nell'anemia perniciosa progressiva, **2**, 560, 563.
— nella paralisi generale progressiva, **6** III, 49.
— nella pellagra, **2**, 768.
— nella polmonite, **2**, 518.
— nelle alte montagne, **2**, 518.
— nell'ittero, **3** II, 263, 265.
— — grave, **3** II, 336.
— nello scorbuto, **2**, 613.
— nel reumatismo articolare acuto, **5** II, 37, 40.
— nel saturnismo, **2**, 643.
— nel vaiuolo, **2**, 135.
— (Parassiti del), **2**, 510.
— (Potere ematicida o globulicida del) (Daremberg), **2**, 545.
— (Pseudoparassiti del), **2**, 523.
— (Ricchezza globulare del), **2**, 499, 521.
— (Riproduzione delle piastrine del), **2**, 525.
— (Valore globulare del), **2**, 499, 521, 546.
San Rocco (Malattia di), **1** I, 463.
Santalo nella gonorrea; XIII.
Santonina contro gli ascaridi, **3** II, 152; XLVI.
Sapone nell'eritrasma; XVII.
— nero nella pitiriasi versicolore, **2**, 355; XVII.
Saprina, **1** I, 170.
Saprofiti, **1** I, 24.
Sarcina gialla, **4** I, 280.
— variegata, **4** I, 280.
— *ventriculi*, **3** I, 257; **4** II, 403.
Sarcoma angiolitico, **6** I, 216.
— cerebrale, **6** I, 216.
— del cuore, **5** I, 137.
— dello stomaco, **3** I, 370.
— del rene, **5** II, 291.
— embrionario, **6** I, 216.
— fusiforme, **6** I, 216.
— globo-cellulare linfadenoide angiomatoso, **2**, 594.
— melanotico del fegato, **3** II, 534.
Sarcomatosi cutanea, **2**, 601.
Sarcopte della scabbia, **2**, 325, 327.
Satiriasi, **6** III, 336.

Satiriasi nella rabbia, 1 II, 90.
Saturnismo, 2, 629; 6 III, 170, 178; XXV.
— cronico, 2, 629; 6 III, 178.
— dagli alimenti, 2, 630.
— dai medicamenti, 2, 632.
— dalle abitazioni, 2, 631.
— e arteriosclerosi, 5 I, 396.
— e gravidanza, 2, 645.
— ereditario, 2, 646.
— e tubercolosi, 4 II, 66.
— professionale, 2, 630, 632.
Sbadiglio, 6 II, 359.
— nell'isterismo, 6 III, 529.
Sbrigliamento intraghiandolare del bubbone venereo, 2, 307.
Scabbia, 2, 325; XV.
— dei droghieri, 2, 328.
— norvegica, 2, 327.
Scafocefalia, 6 III, 258.
Scariche muscolari, 6 III, 39.
— nervose. V. *Tempeste*.
— risiformi nel colèra, 1 II, 460, 465.
Scarificazioni nell'idropisia, 5 II, 238.
Scarlattina, 1 II, 264; 2, 43; IX.
— adinamica, 2, 56.
— anomala, 2, 78.
— atassica, 2, 56.
— benigna, 2, 56.
— congenita, 1 I, 39.
— (Contagio della), 2, 43.
— dei feriti, 2, 58.
— e febbre aftosa dei bovini, 2, 44.
— e gravidanza, 2, 70, 82.
— e morbillo, 2, 42.
— emorragica, 2, 49, 56.
— e risipola, 2, 49.
— e tubercolosi, 4 II, 64.
— fulminante, 2, 55.
— gastrointestinale, 2, 56.
— nell'adulto, 2, 58.
— papulosa, 2, 55.
— pruriginosa, 2, 56.
— puerperale, 2, 57.
— reumatica, 1 II, 340. V. *Dengue*.
— ricorrente, 2, 56.
— settica, 2, 56.
— sincopale, 2, 56.
— tifosa, 2, 56.
— variegata, 2, 55, 111.
— (Vie di propagazione della), 2, 43.
Scarlattinoide puerperale, 2, 57.
Schizofiti, 1 I, 15.
Schön (V. *Batterio di*).
Schönlein. V. *Achorion*.
Schottin (Teoria di), 5 II, 100.
Scialorrea nella mania, 6 III, 94.
— nella paralisi bulbare progressiva, 6 I, 288.
— — labioglossolaringea, 6 I, 276.
— pancreatica, 5 I, 413.
Sciatica, 6 II, 374.
— da freddo, 6 II, 375, 381, 382.
— da infezione, 6 II, 375.
— doppia, 6 I, 496.
— isterica, 6 II, 381.
— malarica, 6 II, 375.
— nei varicosi, 6 II, 376.
— neuritica, 6 II, 380.
— nevralgica, 6 II, 380.
— riflessa, 6 II, 375.
— spastica, 6 II, 380.
— traumatica, 6 II, 375.
Scilla nelle nefriti, 5 II, 236; CI.
Sciroppo di Gilbert nella sifilide; XII.
— di Vidal nella sifilide; XIII.
Scirro dello stomaco, 4 I, 376.
Sclerema degli adulti, 2, 458.
— dei neonati, 2, 477; 4 I, 417.
— duro nel colèra infantile, 5 II, 24.
Scleremia, 2, 458.
Sclerodattilia di Ball, 2, 303, 458.
— delle estremità, 6 II, 498.
Sclerodermia, 2, 458; 6 II, 498.
— edematosa di Hardy, 2, 458.
— localizzata, 2, 458, 460.
— nella siringomielite, 6 I, 457, 467.
— progressiva cronica, 2, 458.
— zosteriforme, 2, 460.
Sclerosi a piastre, 6 I, 335, 341, 424, 447.
— broncopolmonare diffusa, 4 II, 94; LXXIV.
— cerebellare, 6 I, 255.
— cerebrale, 6 II, 50.
— combinata, 6 I, 352, 356.
— combinate del midollo, 6 III, 23.
— — pseudosistematiche, 6 I, 361.
— — sistematiche, 6 I, 359.
— dei cordoni posteriori. V. *Tabe dorsale*.
— del cuore, 5 I, 112.
— della neuroglia, 6 I, 35; 6 III, 6.
— del pancreas nella cirrosi pigmentaria, 5 II, 461.
— del polmone, 4 I, 443.
— disseminata, 6 II, 264.
— distrofica, 5 I, 394, 405.
— dura del miocardio, 5 I, 115.
— laterale amiotrofica. V. *Malattia di Charcot*.
— lobare primitiva, 6 I, 193.
— marginale del midollo, 6 I, 361.
— molle del miocardio, 5 I, 113.

Sclerosi multiloculare diffusa, **6** I, 356.
— paravascolare, **5** I, 395.
— periependimaria, **6** I, 449.
— perivascolare, **5** I, 395.
Scoliosi, **6** II, 314.
— crociata, **6** II, 379.
— da contrattura, **6** II, 314.
— nella siringomielite, **6** I, 458.
— omologa, **6** II, 379.
— paralitica, **6** II, 314.
— sciatica, **6** II, 379.
Scomparsa dell'impulso cardiaco nella sinfisi cardiaca, **5** I, 52.
— del secondo tono aortico nelle endocarditi, **5** I, 110.
Scompenso nelle cardiopatie, **5** I, 199.
Scopola carniolica nei sudori dei tisici, **3** II, 257; LXXX.
Scopolamina nella mania; CXI.
Scorbuto, **2**, 413, 604; XXV.
— alpino. V. *Pellagra*.
— marino, **2**, 604.
— terrestre, **2**, 604.
Scotoma scintillante, **6** III, 30.
— — nell'emicrania, **6** III, 610.
Scottatura laringea, **4** I, 146.
— causa d'apoplessia polmonare, **4** I, 417.
— e congestione polmonare, **4** I, 395.
Scrittura a specchio, **6** I, 119.
Scrofola cutanea. V. *Tubercolosi gommosa*.
— e malattie, **1** I, 62.
— e tubercolosi, **2** I, 230; **4** II, 60.
— sifilitica, **2**, 286.
Scrofolo-tubercolosi, **2**, 286.
Scrofulide, **1** I, 228; **1** II, 123; **2**, 293.
— cornea, **2**, 372.
— plastica, **1** I, 228.
Scrofuloma, **1** I, 228.
Scutuli del favo, **2**, 343.
Schüle (V. *Segno di*).
Schwenninger (Regime di), **1** I, 350.
Sdoppiamento della personalità, **6** III, 218.
— del secondo tono, **5** I, 193, 240.
Seborrea, **1** I, 323; **2**, 394.
— congestizia. V. *Lupus eritematoso*.
— del cuoio capelluto, **2**, 351.
Seconda incubazione della sifilide, **2**, 278.
Secrezioni microbiche, **1** I, 157, 186.
Sedativi, **6** III, 105.
— nella corea cronica, **6** III, 398, 413.
— nella litiasi biliare, **3** II, 310; XLIX.
— nella paralisi agitante, **6** III, 433.
— nel tetano, **6** III, 603, 604.
Sée (Regime di), **1** I, 350.
Sée e Pujade (Tisi asmatica di), **4** II, 103.
Segala cornuta nella paralisi labioglosso laringea, **6** I, 288.
— — nella tabe, **6** I, 416; CVI.
— — nella tifoide, **1** II, 265.
— — nelle menorragie delle clorotiche, **2**, 555.
— — nello scorbuto, **2**, 619.
Segni crociati, **4** II, 110.
— pseudocavitari, **4** II, 171, 211.
Segno della cordicella di Pitres, **4** I, 387; **4** II, 426.
— della trachea nell'aneurisma aortico, **5** I, 475.
— di Argyll-Robertson nella paralisi generale progressiva, **6** III, 45.
— di Chvostek-Weiss nella tetania, **6** II, 525.
— di Müller, **5** I, 223.
— di Olliver, **5** I, 475.
— di Romberg, **6** I, 357, 400; **6** II, 211, 266.
— — nella siringomielite, **6** I, 461.
— — nella tabe, **6** I, 400.
— — nel morbo di Friedreich, **6** I, 420.
— di Rummo, **5** I, 470.
— di Schüle, **6** III, 112.
— di Westphal, **6** I, 373; **6** II, 211, 266, 267.
— di Wintrich, **4** I, 355.
Semi di zucca nell'elmintiasi dei bambini, **3** II, 147; XLV.
Semiresponsabilità, **6** III, 275.
Senapismi nel colèra, **1** II, 502.
Senapizzazioni nella miliare, **2**, 211.
Senescenza precoce, **6** III, 25.
— — dei degenerati, **6** III, 266.
— — dei pazzi, **6** III, 241.
Seno isterico, **6** III, 531.
Sensibilità cutanea nelle nevralgie, **6** II, 365.
— toracica nei bambini tubercolotici, **4** II, 211.
Sensi negli idioti, **6** I, 209.
— specifici nell'alcoolismo, **2**, 692.
Senso di ballottamento nell'ascite, **3** II, 178.
— di cintura nei tabici, **6** I, 400.
— d'impotenza nella malinconia, **6** III, 112.
— di stanchezza nei tabici, **6** I, 400.
— morale nei pazzi morali, **6** III, 283.
Sentimento di tristezza e d'impotenza nella malinconia, **6** III, 110.
Sesso e malattie, **1** I, 51.
Sessualità negli idioti, **6** I, 209.
Setticemia carbonchiosa, **1** II, 34.
— da bacillo di Eberth, **1** II, 179.
— nel vaiuolo, **2**, 147.
— per infezione biliare, **3** II, 284.
— tifoidea, **1** II, 254, 534, 538.

Sezione toracica e tubercolosi, 4 II, 37.
Sferobatterio nella febbre miliare, 1 II, 524.
Sfigmomanometria, 5 I, 197, 222.
Sforzo causa d'enfisema, 4 I, 428.
Sfregamento globulare nell' endocardite, 5 I, 169.
— pericardico, 5 I, 26.
— periepatico, 5 II, 375.
— peritoneale, 5 II, 218.
Shock del midollo, 6 I, 502.
— nervoso causa di diabete, 1 I, 398.
— traumatico e cinetosi, 6 III, 667.
Skoda (V. *Rumore di*).
Skodismo, 4 I, 37; 4 II, 428.
Sichnuria, 1 I, 382.
Sicosi parassitaria, 2, 333, 340.
— non tricofitiche, 2, 340.
— tricofitica, 2, 333, 339, 340; XVI.
Siderodromofobia, 6 III, 451.
Siderosi polmonare, 4 I, 456.
Sierina nell'urina, 5 II, 52.
Siero artificiale nella morfiomania; XXVII.
— di Dickinson nel diabete, 1 I, 438.
— sanguigno, 2, 531.
Sierositi da meningite, 6 II, 23.
Sieroterapia antidifterica, 6 II, 284.
— antitetanica, 6 III, 559, 595.
— della polmonite, 4 II, 346.
Sieur (Sintomo della moneta di), 4 II, 431.
Sifilide, 2, 263; XI.
— ano-rettale, 5 II, 62.
— benigna, 2, 282.
— cerebrale, 6 II, 84.
— cerebrospinale, 6 II, 118.
— corticale, 6 II, 99.
— dei centri nervosi; CVI.
— dei nervi cranici, 6 II, 88.
— della base dell'encefalo, 6 II, 96.
— dell'esofago, 5 I, 443.
— del midollo spinale, 6 II, 106.
— del miocardio, 5 I, 132; LXXXVIII.
— del pancreas, 5 I, 421.
— e anemia perniciosa progressiva, 2, 559.
— e paralisi bulbare progressiva, 6 I, 288.
— epatica, 5 II, 464, 474; L.
— — nel feto, 5 II, 465.
— — nel neonato, 5 II, 465.
— ereditaria, 2, 265, 266, 287; 6 II, 49.
— — alla terza generazione, 2, 267.
— — cerebrospinale, 6 II, 120.
— — del fegato, 5 II, 466.
— — precoce, 2, 288.
— — tardiva, 2, 292.
— — — del fegato, 5 II, 474.
Sifilide immeritata, 2, 266.
— laringea, 4 I, 169; LIX.
— negli animali? 1 II, 7.
— nella paralisi generale progressiva, 6 III, 59.
— nella tabe, 6 I, 414.
— per concepimento, 1 I, 46; 2, 268.
— per infezione intrauterina, 2, 267.
— pigmentaria, 2, 281.
— posteriore, 2, 291.
— precoce, 2, 286.
— professionale, 2, 269.
— quaternaria, 2, 264.
— renale, 5 II, 271.
— secondaria, 2, 263, 276.
— splenoepatica, 5 II, 466.
— terziaria, 2, 263, 282.
— (Trasmissione al feto della), 2, 267.
— (Trasmissione mediata della), 2, 266.
— vaccinica, 2, 186, 265.
— varicelliforme di Dühring, 2, 178.
— (Vie di propagazione della), 2, 265.
Sifiloderma lichenoide, 2, 280.
— maculoso, 2, 278.
— papuloso, 2, 279.
— psoriasiforme, 2, 280, 434.
— pustolo-crostaceo, 2, 285.
— pustoloso, 2, 280.
— secondario, 2, 278.
— tubercolare, 2, 285.
— ulcero-crostaceo, 2, 205.
— vescicoloso, 2, 280.
Sifilofobia, 6 III, 321.
Sifiloma cartilagineo, 2, 271.
— cerebrale, 6 I, 219; 6 II, 87.
— crostoso, 2, 271.
— cutaneo, 2, 271.
— extragenitale, 2, 269.
— iniziale, 2, 265, 269.
— mammario, 2, 269.
— multiplo, 2, 269.
— pergamenaceo, 2, 270.
— tonsillare, 5 I, 114.
— uretrale, 2, 270.
— vaccinale, 2, 269, 275.
Silicosi polmonare, 4 I, 456.
Simpatia viscerale, 5 II, 293.
Simpatico nei tabici, 6 I, 407.
Simulazione della corea, 6 III, 374.
— nei pazzi morali, 6 III, 289.
Sincope, 4 I, 399; 5 I, 328.
— da fosforismo, 2, 672.
— emozionale, 5 I, 331.
— locale, 6 II, 503, 505.
— mortale nella difterite, 5 I, 193.

Sincope mortale nella pericardite, **6** I, 30.
— — nella rottura del cuore, **5** I, 330.
— nella dilatazione di cuore, **5** I, 86.
— nell'anemia acuta, **5** I, 329.
— nell'aneurisma aortico, **5** I, 481.
— nella pertosse, **4** I, 256.
— nella stenosi polmonare, **5** I, 260.
— nella toracentesi, **5** I, 330.
— nell'avvelenamento acuto da arsenico, **2**, 664.
— — — da piombo, **2**, 628.
— nelle miocarditi infettive, **5** I, 331.
— nell'isterismo, **6** III, 513.
— nel polso raro permanente, **6** III, 554, 556.
— nel salasso, **5** I, 329.
— nel vaiuolo, **2**, 147.
— tossica, **5** I, 331.
Sindattilia, **6** III, 261.
Sindrome atetoso-coreica, **6** I, 201.
— di Benedikt, **6** I, 28, 52.
— di Brown-Séquard, **6** I, 53, 494, 500; **6** II, 112, 263.
— di Kahlbaum, **6** III, 148.
— di Kussmaul, **1** I, 403.
— di Lasègue nell'isterismo, **6** III, 503.
— di Millard-Gubler, **6** I, 53, 261.
— di Weber, **6** I, 27, 52, 265; **6** II, 97, 326.
— episodica della degenerazione. V. *Stigmate psichiche.*
— — della psicopatia degenerativa, **6** III, 340.
— glosso-labiale, **6** I, 155.
— labioglossolaringea, **6** I, 269; **6** II, 420.
— — nella paralisi generale progressiva, **6** III, 43.
— siringomielica, **6** I, 454.
Sinergie morbose del pneumogastrico, **5** I, 313, 317.
Sinfisi cardiaca, **5** I, 20, 46.
— frenocostale, **4** II, 507.
— meningo-cerebrale, **6** II, 86.
— meningo-midollare, **6** II, 106.
— pleurica, **4** II, 503.
Singhiozzo, **6** II, 359.
— da compressione del midollo, **6** I, 490.
— intermittente, **1** II, 409.
— nella peritonite acuta, **3** II, 192.
— nella siringomielite, **6** I, 461.
— nelle periepatiti, **3** II, 377.
Singulto, **6** II, 359.
Sinoca catarrale, **1** II, 293.
— pneumonica, **4** II, 335.
Sinovite a granuli risiformi, **1** II, 123.
— blenorragica, **2**, 316.
Sintomi bulbari nella malattia di Charcot, **6** I, 333.
— cavitari nella tubercolosi, **4** II, 117, 170.
— — nell'infarto, **4** I, 407.
— di compressione nelle aortiti, **5** I, 449.
— leucomielici nella siringomielite, **6** I, 461.
— tabici nella siringomielite, **6** I, 461.
— tetanici nell'avvelenamento da stricnina, **6** III, 568.
— — nella difterite, **6** III, 568.
— — nella meningite cerebrospinale epidemica, **6** III, 568.
— — nella polmonite, **6** III, 568.
Sintomo della moneta di Sieur, **4** II, 431.
— della scala, **6** I, 366.
— del sopracciglio, **6** III, 519.
— di Argyll-Robertson, **6** I, 287, 375, 400; **6** II, 210, 270, 334.
— di Baccelli, **4** II, 432.
— di Bozzolo nell'aneurisma aortico, **5** I, 470.
— di Brodie nell'isterismo, **6** III, 521.
— di Chvostek-Weiss, **6** II, 519.
— di Drummond nell'aneurisma aortico, **5** I, 470.
— di Fournier, **6** I, 365.
— di Graefe, **6** II, 463.
— di Lasègue, **6** II, 377.
— di Pfuhl, **3** II, 379; **4** II, 527.
— di Romberg, **6** I, 365.
— — nell'avvelenamento da arsenico, **2**, 666.
— di Rummo nell'aneurisma dell'aorta, **5** I, 470.
— di Stellwag, **6** II, 463.
— di Trousseau, **6** II, 515.
Sintonina, **5** II, 52.
— nel contenuto stomacale, **3** I, 248.
Siringomielite, **6** I, 334, 448; **6** II, 266; CVI.
— a forma di malattia di Duchenne-Aran, **6** I, 463.
— — — di Charcot, **6** I, 463.
— — — di Morvan, **6** I, 463.
— — pseudoacromegalica, **6** II, 436.
— cervicale, **6** II, 494.
— e lebbra, **6** I, 468.
— emiplegica, **6** I, 464.
— generalizzata, **6** I, 464.
— gliomatosa, **6** I, 462.
— latente, **6** I, 464.
— mielitica, **6** I, 462.
— monoplegica, **6** I, 464.
Sistema nervoso e malattie, **1** I, 61.
— — nei diabetici, **1** I, 370.
— — nella dilatazione gastrica, **3** I, 341.

Sistema nervoso nella rabbia, 1 II, 94.
Sitiomania, 6 III, 324.
Sitofobia nei malinconici, 6 III, 117, 134.
— paradossa, 6 III, 135.
Situazione profonda dello stomaco (Kussmaul), 3 I, 338.
Snellen-Schiff (Riflesso di), 1 I, 83.
Soffio anemico, 5 I, 174.
— anemico spasmodico di C. Paul, 5 I, 174.
— a timbro musicale nell'insufficienza mitrale, 5 I, 249.
— diastolico nell'insufficienza aortica, 5 I, 49.
— — — polmonare, 5 I, 464.
— epatico, 3 II, 296.
— inorganici, 5 I, 201.
— inspiratorio nell'asma, 4 I, 224.
— interscapolo-vertebrale, 4 II, 281.
— — nell'aneurisma aortico, 5 I, 471.
— intracardiaco, 5 I, 174, 201, 251.
— orale di Drummond negli aneurismi aortici, 5 I, 470.
— presistolico nella stenosi mitrale, 5 I, 238.
— sistolico alla base del cuore nella stenosi polmonare, 5 I, 259.
— — alla punta nell'insufficienza mitrale, 5 I, 248, 252.
— — tricuspidale, 5 I, 273.
— — nella stenosi aortica, 5 I, 210.
— splenico nella cirrosi alcoolica venosa, 3 II, 419.
— — — ipertrofica, 3 II, 431.
— tubario nella polmonite, 4 II, 325.
— valvolari nell'endocardite, 5 I, 171.
— venoso del morbo di Basedow, 6 II, 461.
Solanina nei crampi professionali, 6 III, 649.
Solfato di ferro nelle enterorragie; XLIV.
— di rame nell'avvelenamento da funghi; XXVII.
— — nelle polluzioni notturne; CXIII.
— di zinco nella corizza cronica; LV.
— — nella gonorrea; XIV.
— — nell'avvelenamento da funghi; XXVII.
Solfo nel favo, 2, 344.
— nella clorosi; XXIV.
— nell'acne; XXII.
— nella ftiriasi, 2, 330.
— nella morva, 1 II, 72.
— nella pertosse, 4 I, 264, 266; LXV.
— nella pitiriasi; XX.
— — versicolore, 2, 355.
— nell'*area Celsi*, 2, 352; XVI.
— nella scabbia, 2, 329; XV.
— nella tisi, 4 II, 234.
— nell'eczema, 2, 438.
Solfo nell'eritrasma, 2, 356.
Solfofenato di zinco nel colèra infantile, 3 II, 30; XLII.
— — nella tifoide, 1 II, 282.
Solforicinato sodico nella difterite, 3 I, 171; XXXII.
Solfosalicilato sodico nel reumatismo articolare acuto; IV.
Sollevamento della succlavia destra nell'aortite, 5 I, 435.
Somatosio, 6 III, 135.
— nel tetano, 6 III, 605.
— nella malinconia, 6 III, 135.
— nella mania, 6 III, 104.
Somnal; CXI.
Sonnambulismo naturale, 6 III, 160.
Sonno dei negri, 2, 511.
Sonnolenza nello scorbuto, 2, 608.
Sordità intermittente, 1 II, 409.
— isterica, 6 III, 487.
— musicale, 6 I, 102.
— nel tifo esantematico, 2, 20.
— nevralgica, 6 II, 387.
— verbale, 6 I, 21, 100, 103.
— — di conducibilità, 6 I, 125.
Sospensione nella malattia di Friedreich, 6 I, 430.
— nella tabe, 6 I, 417.
Sostanza fibrinogena, 5 I, 351.
— fibrinoplastica, 5 I, 851.
Sostanze antisettiche, 1 I, 213.
— chimiotattiche indifferenti, 1 I, 197.
— — negative, 1 I, 107.
— — positive, 1 I, 197.
— vaccinanti, 1 I, 184.
Sovralimentazione, 1 I, 271. Vedi *Ipernutrizione.*
Sovreccitazione psichica e diabete, 1 I, 398.
Sozojodolato di zinco nell'ozena; LV.
Sparteina nei vizi di cuore, 5 I, 206; XC.
— nella morfiomania, 2, 704; 6 III, 190; XXVI.
— nella neurastenia; CXIII.
— nella tifoide, 1 II, 275.
— nelle nefriti, 5 II, 235.
Spasmi clonici del facciale, 6 II, 355.
— localizzati, 6 II, 354.
— muscolari nell'atrofia facciale progressiva, 6 III, 629.
Spasmo ano-rettale isterico, 6 III, 528.
— clonico del velo pendolo, 3 I, 39.
— dei calzolai. V. *Tetania.*
— dei muscoli motori dell'occhio, 6 II, 354.
— dei tensori, 4 I, 131.

Spasmo del facciale, **6** II, 355.
— della glottide nell'isterismo, **6** III, 536.
— della lingua, **6** II, 356.
— dell'esofago, **5** I, 470.
— — nell'aneurisma aortico, **5** I, 473.
— del trigemino, **6** II, 355.
— faringeo, **5** I, 38.
— — nella rabbia, **5** I, 39.
— frenoglottideo, **4** I, 125; LVII.
— glosso labiale, **6** II, 339.
— — isterico, **6** II, 325, 356.
— glottideo, **5** I, 473; LVII.
— — fonico, **4** I, 125.
— — nasale, **4** I, 40.
— — nella pertosse, **4** I, 256.
— — respiratorio, **4** I, 125.
— laringeo nell'aneurisma aortico, **5** I, 473; LVII.
— linguale, **5** I, 8.
— riflesso dei vasi polmonari, **5** I, 270.
— saltatorio, **6** III, 522.
Spasmotossina, **1** I, 171.
Spasmus salutans nell'epilessia, **6** III, 465.
Spazio semilunare di Traube, **4** II, 430.
Specie bechiche nelle bronchiti, **4** I, 296.
— pettorali nella bronchite, **4** I, 301; LXX.
Speculum nasale, **4** I, 25.
Sperma dei tubercolotici, **1** II, 122.
— della tubercolosi genitale, **1** I, 33.
Spermatorrea dei neurastenici; CXIII.
Spina bifida, **6** I, 465.
Spirali di Curschman, **4** I, 312.
Spirilli, **1** I, 9.
— nella bocca, **4** II, 404.
Spirillo del colèra, **1** I, 31.
— di Obermeyer, **1** II, 542; **2**, 513.
— — (Colorazione dello), **2**, 514.
— — (Coltura dello), **1** II, 545.
— — nell'ittero ricorrente, **5** II, 323.
— — (Spore dello), **2**, 513.
Spirillum amyliferum, **1** I, 11.
Spirito di catrame nella psoriasi; XXI.
— — nel prurito; XVIII.
Spirochaete, **1** I, 9.
— *denticola*, **4** II, 498.
Spirometro di Hutchinson, **4** I, 433; **4** II, 103.
— scrivente di Bergeon e Kastus, **4** I, 433.
Splenizzazione polmonare, **4** I, 334, 477; **4** II, 370.
Splenomegalia primitiva, **2**, 584, 590.
Splenopolmonite acuta di Joffroy, **4** II, 370.
— di Grancher, **4** I, 387.
Splenotifo, **1** II, 252.
Spontaneità morbosa, **1** I, 50.
Spore carbonchiose, **1** I, 31.
Sporozoari, **1** I, 19, 76.
Spostamento del cuore nella pleurite, **4** II, 433.
— — nel pneumotorace, **4** II, 517.
Spugnature fredde nelle febbri eruttive, **2**, 38.
— — nello pseudotifo, **1** II, 540.
Sputi dei tisici, **1** I, 23.
— perlacei, **4** I, 222, 304.
Sputo albuminoso, **4** I, 377.
— — nella toracentesi, **4** II, 455.
— calcoloso, **4** I, 370.
— cotto, **4** I, 298.
— crudo, **4** I, 293, 298.
— (decomposizione putrida dello), **4** I, 354.
— marmellata di albicocche, **4** II, 324.
— nei bambini, **4** II, 211.
— nel cancro polmonare, **4** I, 498.
— nella bronchiettasia, **4** I, 353.
— nella bronchite, **4** I, 279, 293.
— — asmatica, **4** I, 312.
— nella broncopolmonite, **4** II, 392.
— nella congestione ed edema polmonare, **4** I, 374.
— nella gangrena bronchiale, **4** I, 341.
— — polmonare, **4** II, 408.
— nella pertosse, **4** I, 248.
— nella sclerosi polmonare, **4** I, 453.
— nella sifilide polmonare, **4** I, 481.
— nell'asma, **4** I, 225.
— nell'enfisema, **4** I, 433.
— nell'infarto polmonare, **4** I, 406.
— nummulare, **4** I, 294; **4** II, 112.
— ocraceo, **4** I, 406.
— pneumonico, **4** II, 312, 313, 323, 345.
— pseudomembranoso, **4** I, 294.
— purulento, **4** I, 294.
— rugginoso, **4** I, 406; **4** II, 324.
— sieromucoso, **4** I, 294.
— succo di prugne, **4** II, 332.
— tubercolare, **4** II, 13, 268, 113, 114.
— verde, **4** I, 280.
— zafferano, **4** II, 324.
— zucchero d'orzo, **4** II, 324.
Sputum margaritaceum, **4** I, 222, 304.
Squama, **2**, 324.
Squilibrati, **6** III, 278.
Squilibrio mentale, **6** III, 249, 275.
— morale, **6** III, 278.
— pazzesco, **6** III, 278.
Stafilococchi, **1** I, 31, 32, 64, 71, 99, 114; **1** II, 4, 130, 525; **2**, 36, 48, 138, 171, 188, 384; **5** I, 61; **4** I, 18, 45, 279, 341, 362; **4** II, 133, 300, 373, 375, 404, 484, 499; **6** II, 15.
— (Coltura), **4** I, 375; **4** II, 374.

Stafilococchi negli ascessi epatici, 3 II, 365.
— nella pericardite, 5 I, 19.
— nella peritonite acuta, 3 II, 181.
— nella porpora infettiva, 2, 414.
— nelle angine acute, 3 I, 47.
— nelle cisti idatidee del fegato, 3 II, 515.
— nell'ectima, 2, 390.
— nelle endocarditi, 5 I, 147, 159.
— nelle pseudomembrane sperimentali, 3 I, 184.
— nell'impetigine, 2, 387.
— nell'ittero grave, 3 II, 338.
— nel sangue, 2, 513.
Stafilo-faringite, 3 I, 65.
Stafisagria nella ftiriasi, 2, 330.
Stagioni e malattie, 1 I, 50.
Stampi bronchiali, 4 I, 320, 323.
— fibrinosi nella polmonite, 4 II, 324.
Stasi biliare, 3 II, 281.
Staso-baso-fobia, 6 III, 656.
Stasofobia, 6 III, 321.
Stato battericida dei tessuti, 1 I, 194.
— — dei vaccinati, 1 I, 173.
— cretinoide (W. Gull), 1 I, 266.
— cribroso della sostanza cerebrale, 6 I, 143.
— di male nell'asma, 4 I, 227.
— — nell'epilessia, 6 III, 463.
— — — jacsoniana, 6 I, 78.
— emicranico, 6 III, 616.
— fenestrato delle valvole e insufficienza aortica, 5 I, 214, 263.
— fetale dei polmoni, 4 I, 282, 328, 334, 336; 4 II, 368.
— lichenoide della lingua, 3 I, 29.
— mentale dei coreici, 6 III, 387.
— — dei degenerati, 6 III, 268.
— — della demenza, 6 III, 238.
— sabbioso della sostanza bianca, 6 I, 134.
— tabico spasmodico, 6 I, 446.
— tifoide nel colèra, 1 II, 468.
— velvetico di Hambert, 1 I, 463, 483; 4 I, 201.
Stazioni balneari, 1 I, 287.
— climatiche, 1 I, 286.
— invernali, 4 I, 308, 310.
— minerali, 1 I, 493.
— termali, 1 I, 494, 353; IV.
Stearrea, 3 II, 243, 259.
— pancreatica, 3 I, 413.
Steatogenia, 1 I, 326.
Steatopigia, 1 I, 330.
Steatosi del cuore, 5 I, 94.
— — a placche circoscritte, 5 I, 94.
— fisiologica del fegato, 3 II, 490.
Steatosi nel fosforismo acuto, 2, 674.
— parziale del fegato, 3 II, 498.
— terminale del fegato, 3 II, 497.
— totale del fegato, 3 II, 498.
— viscerale da arsenico, 2, 667.
Stenosi aortica, 5 I, 208.
— — e mitrale, 5 I, 291.
— congenita dell'esofago, 3 I, 446.
— della polmonare, 5 I, 253.
— dell'esofago, 3 I, 446.
— e insufficienza aortica, 5 I, 291.
— esofagea da carcinoma, 3 I, 452.
— mitrale, 5 I, 230.
— — a tipo clorotico, 5 I, 235.
— — — dispnoico, 5 I, 236.
— — — pseudotubercolare, 5 I, 236.
— — e insufficienza aortica, 5 I, 291.
— — pura, 5 I, 232.
— polmonare a livello delle sigmoidee, 5 I, 254.
— — a livello dell'infundibolo, 5 I, 255.
— prearteriosa di C. Paul, 5 I, 255.
— sottoaortica, 5 I, 209.
— spasmodica dell'esofago, 3 I, 446, 451.
— tricuspidale, 5 I, 266.
— valvolare, 5 I, 188.
Steppage, 1 I, 389; 6 II, 229.
— nel beriberi, 6 II, 244.
— nelle neuriti, 6 II, 187, 200, 207, 267.
— nelle paralisi difteriche, 3 I, 197; 6 II, 237.
Stercoremia, 1 I, 251.
Sterilità del sangue, 1 I, 31.
Sterilizzazione dell'aria, 1 I, 21.
Sternuto, 4 I, 40; 6 II, 359.
— nella pertosse, 4 I, 248.
Stertore nell'accesso d'epilessia jacsoniana, 6 I, 77.
— tracheale, 4 I, 470.
Stetografo di Riegel, 4 I, 433.
Stiffnecked. V. *Dengue*.
Stimmate della neurastenia, 6 III, 442.
— dell'isterismo, 6 III, 484.
— fisiche di degenerazione, 6 III, 257.
— funzionali di degenerazione, 6 III, 262.
— motorie dell'isterismo, 6 III, 502.
— psichiche dell'isterismo, 6 III, 506.
— — di degenerazione, 6 III, 231, 309, 333, 395.
Stimolanti cutanei, 1 I, 278.
— — nei tisici, 4 II, 249.
— — nel colèra, 1 II, 502.
— — nel diabete, 1 I, 435.
— — nella confusione mentale, 6 III, 155.
— — nella congestione cerebrale, 6 I, 137.

Stimolanti cutanei nella sincope, 5 I, 332.
— nelle neuriti, 6 III, 286.
Stimolo e controstimolo, 4 II, 347.
Stirace nella scabbia, 2, 329.
Stiracolo nella tisi, 4 II, 232.
Stitichezza ed emorroidi, 3 II, 5.
— ed enterite pseudomembranosa, 3 II, 5.
— ed ostruzione intestinale, 3 II, 5.
— e gravidanza, 3 II, 126.
— nel cancro dello stomaco, 3 I, 387.
— nella clorosi, 2, 555.
— nella meningite, 6 II, 16, 37, 48.
— nell'occlusione intestinale, 3 II, 78.
— nel saturnismo, 2, 635.
— ostinata nel cancro intestinale, 3 II, 74.
Stocquart (Metodo di), 4 II, 15.
Stokes (Legge di), 4 I, 121, 361.
Stokes-Adam (Malattia di), 6 I, 128.
Stomaco nella clorosi, 2, 542.
— (Tubercolosi dello), 4 II, 140.
Stomatite, 3 I, 10.
— aftosa, 3 I, 21.
— — nel morbillo, 2, 102.
— catarrale, 3 I, 11.
— cremosa. V. *Mughetto*.
— diabetica, 3 I, 12.
— difteroide di Sevestre, 2, 102.
— eritematosa nella scarlattina, 2, 52.
— — nel morbillo, 2, 102.
— essudativa di Hénoch, 2, 102.
— follicolare, 3 I, 23.
— mercuriale, 2, 649, 653, 656.
— — da lavande di sublimato, 3 I, 299.
— negli orecchioni, 2, 216.
— ulcero-membranosa, 3 I, 14.
— ulcerosa specifica, 3 I, 16.
— uremica, 3 I, 12.
— vescicolare delle gravide, 3 I, 298.
Stomatorragia nella pertosse, 4 I, 254.
Strabismo concomitante, 6 II, 334.
— nella malattia di Little, 6 I, 444.
— nelle oftalmoplegie, 6 II, 329.
— nel tetano, 6 III, 566.
Stramonio nell'asma, 4 I, 239.
— nella neurastenia; CXIII.
Stranguria nella tetania, 6 II, 514.
Strapazzo cerebrale e neurastenia, 6 III, 440.
— del cuore, 5 I, 84.
— e malattie, 1 I, 55.
— e risipola, 2, 227.
— e tubercolosi, 4 II, 58.
Streptococchi, 1 I, 31, 41, 64, 69, 71, 99, 114; 1 II, 4, 130, 456; 2, 36, 48, 89, 138, 188, 221, 223, 225; 3 I, 61, 117, 178; 3 II, 180, 515; 4 I, 18, 45, 133, 279, 300, 341, 362, 411, 494; 4 II, 373, 392, 404, 464, 499; 5 I, 19, 159, 396; 5 II, 13.
Streptococchi (Coltura degli), 2, 223, 225; 4 II, 374.
— nei *vasa vasorum*, 5 I, 369.
— nella difterite, 3 I, 164.
— nella pericardite, 5 I, 19.
— nella peritonite acuta, 3 II, 180.
— nella porpora infettiva, 2, 415.
— nelle angine acute, 3 I, 47.
— nelle cisti idatidee del fegato, 3 II, 515.
— nell'ectima, 2, 390.
— nell'endocardite, 5 I, 159.
— nel sangue, 2, 513.
Streptococco auricaule, 2, 236.
— di Fehleisen o erisipelatoso, 2, 223.
— nasicaule, 2, 236.
— nella polimiosite, 6 II, 482.
— piogene di Rosenbach, 2, 223.
— (Prodotti solubili dello), 6 II, 482, 483.
Stria meningea, 4 II, 191; 6 II, 18.
— vasomotoria, 4 II, 191.
Stricnina nei vizi di cuore, 5 I, 206; XCI.
— nel colèra, 1 II, 504.
— nel diabete, 1 I, 433; III.
— nella corea, 6 III, 369; CXII.
— nella malaria, 1 II, 426.
— nella miliare, 2, 211.
— nella morva, 1 II, 72.
— nell'anestesia faringea, 3 I, 36; XXXI.
— — laringea, 4 I, 84; LVI.
— nella paralisi laringea; LVII.
— nell'asma, 4 I, 239; LXI.
— nella tabe, 6 I, 416.
— nell'atrofia muscolare progressiva, 6 I, 514.
— nell'avvelenamento da tabacco; XXVII.
— nell'emiplegia; CV.
— nell'influenza, 1 II, 335; V.
Stridore di denti, 6 II, 355.
— — nella paralisi generale progressiva, 6 III, 42.
Stridulismo, 4 I, 126, 147.
Strofanto nei vizi di cuore, 5 I, 205.
— nella malattia di Basedow, 6 II, 476.
— nella morfiomania; XXVII.
— nella tifoide, 1 II, 266.
— nell'endocardite, 5 I, 184; LXXXVIII.
— nelle nefriti, 5 II, 235.
— nell'enfisema polmonare, 4 I, 441; LXXIII.
Strongilosi polmonare del cane, 4 I, 412.
Strongylus longevaginatus, 4 I, 513.
— *vasorum*, 4 I, 412.
Stronziana nell'iperestesia gastrica; CXIII.

Strophulus, 2, 420.
Strozzamenti intestinali, 3 II, 80, 85, 196, 214.
Stupidità catalettiforme, 6 III, 139, 151.
Stupore anergetico di Newington, 6 III, 242.
— primitivo, 6 III, 130, 139, 151.
Stypage, 4 II, 259; 5 I, 345.
— nella nevralgia facciale, 6 II, 389.
— — laringea, 4 I, 86.
— nelle nevralgie, 4 I, 86; 6 II, 371, 383, 389.
Subasistolia nella dilatazione cardiaca, 5 I, 85.
Subcontinua pneumonica, 1 II, 415.
Subdelirio nell'asistolia, 5 I, 299.
Sublimato nel carbonchio, 1 II, 46.
— nel lichen rosso; XIX.
— nel *lupus*, 2, 371; XVII.
— nel prurito; XIX.
— nel vaiuolo, 2, 166, 167; X.
— nell'actinomicosi, 1 II, 163.
— nella difterite, 3 I, 217; XXXIII.
— nella ftiriasi del pube, 2, 332.
— nella gonorrea, 2, 312.
— nella pitiriasi versicolore; XVII.
— nella risipola, 2, 251, 252; X.
— nella tisi laringea, 4 I, 216; XL.
— nella tricofizia, 2, 338.
— nelle lentiggini, 2, 398.
— nelle partorienti, 2, 649, 659.
Succo gastrico e tubercolosi, 4 II, 24.
— testicolare. V. *Cura Brown-Séquard*.
Succussione ippocratica, 4 II, 520.
— — dello stomaco, 3 I, 261.
Sudamina, 2, 475.
— dei tisici, 4 II, 116.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 17, 33.
Sudamina nel tifo petecchiale, 2, 16.
Sudore nella malaria, 1 II, 397.
— nelle infezioni, 1 I, 94.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 17.
— notturno dei tisici, 4 II, 116, 257; LXXX.
— unilaterale, 4 II, 117.
Suggestione mentale, 6 III, 295.
— nella malinconia, 6 III, 134.
— nella paranoia tardiva, 6 III, 235.
— nella sciatica, 6 II, 383.
— nell'isterismo, 6 III, 534.
Suicidio nei malinconici, 6 III, 117.
Sulfonalismo, 6 III, 178.
Sulfonal nei sudori notturni dei tisici, 4 II, 257; LXXX.
— nel diabete, 1 I, 437.
— nella corea; CXII.
— nella tosse dei tisici, 4 II, 255; LXXVIII.
— nelle nevriti; CVII.
Suono anforico, 4 II, 119.
— timpanico cavitario, 4 II, 118.
Superalbumosi, 5 II, 164.
Suppositori nelle emorroidi; XLIII.
Suppurazione, 1 I, 113.
— asettica, 1 I, 115.
— ghiandolare nella difterite, 3 I, 192.
— nel colèra infantile, 3 II, 25.
— nella lebbra, 2, 378.
— nella risipola, 2, 24, 236.
— nel vaiuolo, 2, 143, 146.
— perirenale, 3 II, 183.
Suscettibilità catarrale, 4 I, 307.
Sussulti muscolari uremici, 5 II, 94.
— tendinei, 1 I, 101.
— — nel tifo petecchiale, 2, 19.

T

Tabacco e *angina pectoris*, 2, 714; 5 I, 318, 324.
Tabacosi polmonale, 4 I, 456.
Tabagismo, 2, 710; 6 III, 178.
— cronico, 2, 712.
— e arteriosclerosi, 5 I, 396.
Tabe cerebrobulbare, 6 I, 399.
— dorsale, 2, 283; 6 I, 364, 372, 424; 6 II, 266; 6 III, 55; CVI.
— — spasmodica. V. *Malattia di Little*.
— e sifilide, 6 I, 414.
— infantile, 6 II, 424.
— melanconica di Lorrey, 6 III, 129.
— mesaraica, 3 II, 37, 77; 4 II, 142.
Tabe motrice pura, 6 I, 398.
— muscolare, 6 II, 419.
— periferica, 6 II, 202.
— sensitivo motrice, 6 I, 399.
— sifilitica curabile, 6 I, 417.
— superiore, 6 I, 373, 399.
Tachicardia, 5 I, 338; XCVII.
— continua, 5 I, 344.
— essenziale parossistica, 5 I, 338, 341; 6 II, 471.
— nei cardiopatici, 5 I, 339.
— nei tumori mediastinici, 4 II, 282.
— nella miocardite acuta, 5 I, 110.
— nel morbo di Basedow, 6 II, 460.

Tachicardia pura, 5 I, 340.
— riflessa, 5 I, 340.
— sintomatica, 5 I, 339.
Taenia solium, 3 II, 133.
Tafefobia, 6 III, 322.
Taglio cesareo *post mortem*, 4 II, 545.
— dei nervi, 1 I, 246, 277.
Talamon-Fränkel. V. *Pneumococco*.
Talassofobia, 6 III, 320.
Tallina nella tifoide, 1 II, 265.
Tamponamento delle fosse nasali nell'epistassi, 4 I, 27.
Tanatofobia nei malinconici, 6 III, 117.
Tannino nel colèra, 1 II, 402; VI.
— — europeo, 1 II, 506.
— nella bronchite cronica, 4 I, 309; LXXI.
— nella diarrea dei tisici, 4 II, 261; LXXXII.
— nella difterite; XXXIII.
— nella gonorrea; XIV.
— nella porpora reumatoide, 2, 413.
— nella risipola, 2, 252; X.
— nella sicosi tricofitica; XVI.
— nella tisi, 4 II, 235; LXXXI.
— nell'avvelenamento da antimonio; XXVII.
— — da funghi; XXVII.
— — da oppio; XXVII.
— nelle enterorragie; XLIV.
— nelle laringiti; LVIII.
— nelle nefriti, 5 II, 238; C.
— nell'enterite, 3 II, 17; XLI.
— nell'epistassi; LIII.
— nell'influenza; V.
Tanret (Reattivo di), 5 II, 54.
Tartaro stibiato nei tisici, 4 II, 258; LXXXI.
— — nella bronchite cronica, 4 I, 309.
— — nella corea vera, 6 III, 396.
— — nella polmonite, 4 II, 347.
— — nell'emottisi dei tisici, 4 II, 256; LXXIX.
— — nell'influenza, 1 II, 338.
— — nello pseudotifo, 1 II, 540.
Tatuaggio delle guancie nel saturnismo, 2, 634.
Teismo, 6 III, 178.
Telepatia e telestesia, 6 III, 295.
Tellurato di sodio nei sudori notturni dei tisici, 4 II, 257.
Temperamento, 1 I, 224.
— cerebrale, 5 II, 29.
— linfatico, 1, 232; 4 I, 331.
— nervoso, 6 III, 278.
Temperatura e malattie, 1 I, 51, 52.
— esterna nell'insolazione, 2, 778.
— locale nei tisici, 4 II, 105.
— negli orecchioni, 2, 216.
Temperatura nel colèra, 1 II, 465, 467.
— nel delirio acuto, 6 III, 162.
— nel dengue, 1 II, 341.
— nel diabete, 1 I, 386.
— nella clorosi, 2, 542.
— nella corea, 6 III, 391.
— nella difterite, 3 I, 185, 188.
— nella febbre ricorrente, 1 II, 550.
— nella flemmasia, 5 I, 413.
— nella gangrena polmonare, 4 II, 408.
— nella malaria, 1 II, 397.
— nella malinconia, 6 III, 120.
— nella mania, 6 III, 95.
— nella meningite, 6 II, 16, 19, 38, 42, 48.
— nella morva, 1 II, 58.
— nell'anemia perniciosa progressiva, 2, 561.
— nell'angina tonsillare, 3 I, 57.
— nell'angiocolite, 3 II, 282.
— nella paralisi spinale infantile, 6 I, 317.
— nella pericardite, 5 I, 25, 29.
— nella peritonite acuta, 3 II, 193.
— nella pertosse, 4 II, 246, 251.
— nella pleurite, 4 II, 426.
— nella polmonite, 4 II, 325, 330.
— nell'apoplessia cerebrale, 6 I, 32.
— nella rabbia, 1 II, 90.
— nella risipola, 2, 232.
— nella rubeola, 2, 124.
— nella scarlattina, 2, 53.
— nell'ascesso epatico, 3 II, 368.
— nella sifilide, 2, 276.
— nella tachicardia parossistica, 5 I, 342.
— nella tetania, 6 II, 523.
— nella tisi, 4 II, 105, 123, 175, 190, 253.
— nella varicella, 2, 175.
— nelle malattie epatiche, 3 II, 249.
— nell'encefalite acuta, 6 I, 184.
— nell'endocardite, 5 I, 169.
— nello zoster, 2, 446.
— nell'uremia, 5 II, 91.
— nel morbillo, 2, 90, 94.
— nel reumatismo articolare acuto, 5 II, 12, 15, 29.
— nel tetano, 6 III, 563.
— nel tifo, 1 II, 230.
— — esantematico, 2, 16.
— — ricorrente, 1 II, 550.
— nel vaiuolo, 2, 141, 145.
— postmortale tetanica, 6 III, 563.
Tempeste nervose, 4 I, 236; 6 I, 80.
— — nell'emicrania, 6 III, 607, 621.
Tempo psichico di reazione, 6 III, 88, 502.
Temulentismo, 2, 776; 6 III, 178.
Tenia armata. V. *Taenia solium*.

Tenia canina, 3 II, 138.
— del Madagascar, 3 II, 138.
— echinococco nel fegato, 3 II, 505.
— elittica, 3 II, 139.
— *flavo-punctata*, 3 II, 138.
— inerme o mediocanellata, 3 II, 189.
— nana, 3 II, 137.
— — nel fegato, 3 II, 505.
Tenosite ipertrofica di Gubler, 6 II, 342.
Teomania, 6 III, 300.
Teoria autotossica dell'insolazione, 2, 785.
— capsulare nel morbo d'Addison, 5 II, 379, 387.
— cardiaca del colèra, 1 II, 470.
— catarrale dell'asma, 4 I, 238.
— del coma diabetico, 1 I, 406.
— dell'acetonuria e dell'acetonemia, 1 I, 406.
— dell'anemia spasmodica, 3 I, 353.
— della diaceturia (coma diabetico), 1 I, 406.
— della falda acqua sotterranea, 1 I, 26, 191.
— della gastrite nell'ulcera gastrica, 3 I, 356.
— della lesione organica nell'*angina pectoris*, 5 I, 307.
— dell'anemia di vicinanza nell'apoplessia, 6 I, 33.
— della sclerosi distrofica nelle endocarditi, 5 I, 118.
— dell'assuefazione, 1 I, 187.
— della stasi venosa ed enterorragia, 3 I, 353.
— — nella cianosi, 5 I, 282.
— della vaccinazione, 2, 188.
— dell'embolismo nell'ulcera gastrica, 3 I, 353.
— dell'emoglobinemia primitiva nell'emoglobinuria, 5 II, 130.
— dell'enteroptosi, 3 I, 281.
— dell'immunità, 1 I, 47.
— dell'infezione, 1 I, 167.
— dell'inibizione nell'apoplessia, 6 I, 38.
— dell'intossicazione acida (coma diabetico), 1 I, 406.
— dello *shock* emorragico nell'apoplessia, 6 I, 34.
— dello squilibrio fra alcalinità sanguigna e acidità gastrica nell'ulcera gastrica, 3 I, 355.
— dello zeismo nella pellagra, 2, 746.
— del miscuglio dei due sangui nella cianosi, 5 I, 283.
— del *transfert*, 6 III, 499.
— del vomito, 3 I, 213.
— di Bouchard sull'uremia, 5 II, 102.
— di Cantani sul diabete, 1 I, 417.
— di Ebstein sul diabete, 1 I, 420.
— di Foster sul diabete, 1 I, 420.
— di Feltz e Ritter sull'uremia, 5 II, 100.
Teoria di Frerichs sull'uremia, 5 II, 99.
— di Gairdner, 4 II, 369.
— di Garrod nello scorbuto, 2, 616.
— di Kartulis negli ascessi epatici, 3 II, 365.
— di Lépine sul diabete, 1 I, 416.
— di Liveing, 4 I, 236.
— di Megnin sulle tenie, 3 II, 133.
— di Metschnikoff, 4 II, 77.
— di Müller nell'insolazione, 2, 785.
— di Mya e Vandoni sull'uremia, 5 II, 98.
— di Parrot sull'infezione sifilitica, 1 I, 306.
— di Pettenkofer, 1 II, 442, 450.
— di Rasori, 4 II, 347.
— di Romme sul coma diabetico, 1 I, 406.
— di Roux e Chamberland sulla febbre ricorrente, 1 II, 400.
— di Schottin sull'uremia, 5 II, 100.
— di Toussaint, 1 I, 6.
— di Traube sull'uremia, 5 II, 97.
— di Treitz sull'uremia, 5 II, 99.
— di Virchow sulla coagulazione, 5 I, 352.
— di Wilson sull'uremia, 5 II, 98.
— di Zimmer sul diabete, 1 I, 421.
— dualista della paralisi generale progressiva, 6 III, 5, 61.
— — nella varicella, 2, 170.
— epatica dell'urobilinuria, 3 II, 268.
— fecale del tetano, 6 III, 579.
— gastrointestinale nel diabete, 1 I, 412.
— genitale della clorosi, 2, 534.
— infettiva della dissenteria, 3 II, 96, 102.
— — dell'ittero grave, 3 II, 338.
— — dello scorbuto, 2, 617, 618.
— infiammatoria nelle endoarteriti, 5 I, 118.
— intestinale del colèra, 1 II, 470.
— localistica delle infezioni, 1 I, 187.
— miasmatica dello scorbuto, 2, 618.
— pancreatica del diabete, 1 I, 413.
— unicista della paralisi generale progressiva, 6 III, 5, 61.
— microbica dell'ulcera gastrica, 3 I, 356.
— muscolare dell'insolazione, 2, 784.
— nervosa del colèra, 1 II, 469.
— — dell'*angina pectoris*, 5 I, 310.
— — della psoriasi, 2, 432.
— — della tachicardia essenziale, 5 I, 344.
— — dell'insolazione, 2, 784.
— — del morbo d'Addison, 5 II, 381.
— nutritiva del colèra infantile, 3 II, 22.
— parassitaria del colèra infantile, 3 II, 22.
— — della psoriasi, 2, 432.
— patogenetica di Hestrès nell'insolazione, 2, 784.
— renale dell'emoglobinuria, 5 II, 131.

Teoria reumatica della dissenteria, 3 II, 96, 109, 110.
— tellurica del tetano, 6 III, 579.
— tossica del colèra, 1 II, 470.
— — dell'ittero grave, 5 II, 338.
— tubercolare del morbo di Addison, 5 II, 377.
— unicista nella varicella, 2, 170.
Teorie del colèra infantile, 3 II, 22.
— del diabete, 1 I, 411, 413, 418, 420, 424.
— della corea, 6 III, 374, 381.
— dell'acromegalia, 6 II, 440.
— della gotta, 1 I, 468, 471.
— della melanodernia nel morbo d'Addison, 5 II, 384.
— dell'anestesia isterica, 6 III, 498.
— della neurastenia, 6 III, 454.
— della tabe 6 I, 408.
— della tetania, 6 II, 530.
— dell'emicrania, 6 III, 607, 621.
— delle emorroidi, 3 II, 67.
— delle nevralgie, 6 II, 373.
— dell'epilessia, 6 III, 473.
— del mal di mare, 6 III, 669.
— del morbo di Basedow, 6 II, 473.
— del reumatismo articolare acuto, 5 II, 41.
Terapia della superficie, 1 I, 215.
— delle diatesi, 1 I, 271.
— vibratoria nella malinconia, 6 III, 136.
Teratofobia, 6 III, 320.
Termoanalgesia isterica, 6 III, 485.
Termoanestesia isterica, 6 III, 485.
— nella siringomielite, 6 I, 455.
Termoestesia, 6 II, 490.
Termoestesiometro, 6 I, 455.
Termofobia nel morbo di Basedow, 6 II, 465.
Terpina nella pertosse, 4 I, 266; LXV.
— nelle bronchiti, 4 I, 295, 301, 308; LXVII.
Terpino. V. *Terpina*.
Terreno sterilizzato, 1 I, 24.
Tessuto adenoide melatipico, 2, 577.
— adiposo, 1 I, 326.
— cellulare perigangliare mediastinico (Congestione del), 4 II, 282.
— condroide di Broca, 1 I, 294.
— osteoide, 1 I, 296.
— spongoide (Rufz e Guérin), 1 I, 294.
Tetania, 6 I, 447; 6 II, 509; 6 III, 568; CIX.
— colerica, 1 II, 476.
— da affezioni gastro-intestinali, 6 II, 525.
— da estirpazione del gozzo, 6 II, 510.
— da tiroidectomia, 6 II, 525, 529.
— dei bambini, 6 II, 525-527.
— delle gravide, 6 II, 525.
Tetania e laringospasmo, 6 II, 512.
— e malattia di Basedow, 6 II, 531.
— e rachitismo, 6 II, 513.
— e tabe spasmodica, 6 II, 534.
— idiopatica o epidemica, 6 II, 525.
— latente, 6 II, 513.
— negli avvelenamenti, 6 II, 525.
— nella gastrectasia, 3 I, 338.
— nella pseudopatia pellagrosa, 6 III, 59.
— nelle infezioni, 6 II, 525.
Tetanina, 1 I, 171.
Tetano, 1 I, 77; 1 II, 3; 6 II, 76; 6 III, 558; CXV.
— abortivo, 6 III, 565.
— bulbare, 6 III, 564.
— cefalico, 6 III, 562, 592.
— cefalo-paralitico, 6 III, 564.
— da castrazione, 6 III, 575.
— dei neonati, 6 I, 488; 6 III, 567.
— disfasico, 6 III, 564.
— di origine equina, 6 III, 583.
— — intestinale, 6 III, 578.
— intermittente. V. *Tetania*.
— idiopatico, 6 III, 559.
— idrofobico, 6 III, 562, 564.
— laterale, 6 III, 561.
— (Microbiologia del), 1 I, 77.
— paralitico, 6 III, 563.
— parziale. V. *Tetania*.
— puerperale, 6 III, 559, 567.
— reumatico, 6 III, 559.
— sensitivo, 6 I, 372.
— traumatico, 6 III, 559.
— — con emiplegia facciale, 6 III, 514.
— vibratorio, 6 I, 76.
— (Tossina del), 1 I, 171; 6 III, 584.
Tetracoccus variolae, 2, 138.
Tetronal nella mania; CXI.
Thoma Zeiss (Contaglobulo di), 2, 507.
Thomsen (Malattia di), 6 I, 291; 6 III, 433.
Tic convulsivo della faccia, 6 II, 325.
— di Salaam, 6 III, 465.
— doloroso della faccia, 6 II, 383, 387.
— facciale, 6 II, 355.
— — nella pazzia periodica, 6 III, 197.
— isterico, 6 III, 523.
— negli idioti, 6 I, 209.
Tifisazione a piccole dosi, 2, 24.
Tiflite, 3 II, 15, 41.
— cancerosa, 3 II, 43.
— da tifo, 1 II, 240.
— dissenterica, 3 II, 43.
— stercoracea, 3 II, 42.
— tifoide, 3 II, 43.

Tiflite tubercolare, 3 II, 43.
Tifo abortivo, 1 II, 248.
— addominale, 1 II, 167.
— adinamico, 2, 24.
— ambulatorio, 1 II, 239, 248.
— angio-reumatico, 2, 413.
— anomalo, 1 II, 252, 254.
— atassico, 2, 24.
— atasso-adinamico, 2, 24.
— benigno, 2, 24.
— cerebro-spinale. Vedi *Meningite spinale acuta.*
— d'America, 1 II, 506.
— degli accampamenti, 2, 7.
— dei cani, 1 II, 233, 255, 537.
— delle armate, 2, 3.
— e gravidanze, 1 II, 288.
— e malaria, 1 II, 411.
— emorragico, 2, 24.
— e puerperio, 1 II, 289.
— esantematico, 2, 3; IX.
— fulminante, 2, 24.
— infiammatorio, 2, 24.
— itterode, 1 II, 506, 541.
— malarico, 1 II, 254, 411.
— nei fanciulli, 1 II, 250.
— nei vecchi, 1 II, 250, 275.
— nella vita intrauterina, 1 II. 288.
— pellagroso, 2, 748, 750, 768; 6 III, 144.
— petecchiale, 1 II, 262.
— ricorrente, 1 II, 257.
Tifoide biliosa, 1 II, 541, 549.
— e tubercolosi, 4 II, 64.
— intermittente, 1 II, 521.
— palustre, 1 II, 402.
Tifomalaria e pseudo-tifo, 1 II, 535.
Tifomania, 2, 19; 6 III, 163.
Tifosi sifilitica, 2, 276.
Tifo-tossina, 1 I, 171.
Tigna favosa, 2, 341.
— tonsurante, 2, 333.
Tilletia scarlatinosa, 2, 46.
Timica (Tumori della loggia), 4 II, 278.
Timidità sessuale, 6 III, 265.
Timolo nella gangrena dei bronchi, 4 I, 344; LXXII.
— nella difterite; XXXIV.
— nella tifoide, 1 II, 266.
— nel pseudo-tifo, 1 II, 540.
Timpanismo gastrico, 3 I, 258.
— intermittente, 1 II, 409.
— isterico, 6 III, 528.
— nella polmonite, 4 II, 324.
Timpanite e ascite, 3 II, 176.
Tintinnio auricolo-metallico di Fibros, 5 I, 78.
— metallico, 4 II, 518.
Tintura antiscorbutica; XXV.
Tiofenato di soda nel prurito; XIX.
Tiolo nell'acne; XXII.
— nel prurito, XIX.
Tipo respiratorio inverso, 4 I, 100.
Tirage, 4 I, 365, 437; 4 II, 281, 284, 289.
— nel crup, 3 I, 221.
— sopraclavicolare nell'aneurisma aortico, 5 I, 478.
Tiroide e tiroidina nel mixoedema, 6 II, 450, 454.
— nella malinconia, 6 III, 137.
— nella tetania, 6 II, 537.
— nel morbo di Basedow, 6 II, 472.
— nell'acromegalia, 6 II, 443.
Tiroidite da pneumococco, 4 II, 362.
Tisi *ab hemoptöe* di Morton, 4 II, 102.
— acuta a forma asfittica, 4 II, 191.
— — a forma pleurica, 4 II, 193.
— — pneumonica, 4 II, 263.
— a inizio cloroanemico, 4 II, 159, 259.
— — diarroico, 4 II, 159.
— — dispeptico, 1 II, 159.
— artritica di Morton, 1 I, 62; 4 II, 162.
— asmatica di Sée e Pujade, 4 II, 103.
— associata, 4 II, 165.
— bocco-faringea, 4 II, 135.
— bronchiale, 4 II, 98, 271, 275.
— calcare, 1 II, 132.
— calcolosa di Bayle, 4 II, 5, 164.
— catarrale o bronchitica, 4 II, 263.
— da ifomiceti, 1 I, 74.
— da nematodi, 1 I, 74.
— dei fabbricanti di maiolica, 4 I, 464.
— dei tagliapietre, 4 I, 463.
— dei vecchi, 4 II, 213.
— delle sierose (Concato), 1 I, 112; 1 II, 135.
— emottoica apirettica, 4 II, 115, 165.
— — a stadi allontanati, 4 II, 115, 165.
— — febbrile, 4 II, 115, 165.
— — galoppante, 4 II, 115, 165.
— eretistica, 4 II, 164.
— erpetica di Lanceraux, 4 II, 162.
— fibrosa o fibroide, 4 II, 93.
— flaccida, 4 II, 115.
— galoppante, 4 II, 115, 126, 165, 263.
— gangrenosa, 4 II, 5.
— gastrica, 3 I, 328. V. *Gastrite atrofica.*
— granulosa, 4 II, 5.
— iniziale cloroanemica, 4 II, 159.
— — diarroica, 4 II, 159.
— — dispeptica, 4 II, 159.

Tisi irregolare manifesta, 4 II, 99.
— laringea, 4 I, 179; 4 II, 96, 125, 176.
— larvata, 4 II, 158.
— latente, 4 II, 99, 157.
— mesaraica, 3 II, 37, 77; 4 II, 142.
— negli alcoolisti, 4 II, 165, 177.
— negli scrofolosi, 4 II, 164, 177.
— nei diabetici, 4 II, 164, 177.
— nei neuroartritici, 4 II, 177.
— nervosa (Morton), 2, 535. V. *Clorosi*.
— perlacea, 1 II, 132.
— polmonare, 4 II, 4.
— — (Antagonismi della), 4 II, 64.
— — (Contagiosità della), 4 II, 19.
— — cronica, 4 II, 80.
— — (Eredità della), 4 II, 28.
— — (Immunità contro la), 4 II, 64.
— — (Trasmissione della), 4 II, 10.
— regolare manifesta, 4 II, 99.
— sifilitica, 4 I, 472.
— torpida, 4 II, 164.
— ulcerosa, 4 II, 5, 166.
— verminosa, 1 I, 74.
Titubazione nelle lesioni cerebellari, 6 I, 241, 243.
Todd (Andatura di), 1 I, 61.
— (V. *Liquore di*).
Tofi cutanei, 1 I, 463.
— uratici dei gottosi, 1 I, 460, 463.
Tolisal nell'emicrania, 6 III, 626.
Tonici nei vizi di cuore, 5 I, 204.
— nella corea vera, 6 III, 396.
— nella lebbra, 2, 384.
— nell'anemia cerebrale, 6 I, 132.
— nella pellagra, 2, 406.
— nella pericardite, 5 I, 44; LXXXV.
— nella pitiriasi, 2, 429.
— — versicolore, 2, 355.
— nella psoriasi, 2, 434.
— nella sclerodermia, 2, 462.
— nella siringomielite, 6 I, 469.
— nell'atrofia muscolare progressiva, 6 I, 514.
— nella tubercolosi cutanea, 2, 370.
— nella vitiligine, 2, 457.
— nel *lupus*, 2, 374.
— nel prurito, 2, 418.
— nel tetano, 6 III, 605.
Tono sentimentale nella confusione mentale, 6 III, 146.
Tonsille immergenti, 3 I, 107.
— peduncolate, 3 I, 106.
— pendenti, 3 I, 106.
Tonsillite bilaterale, 3 I, 67.
— catarrale, 3 I, 56.
Tonsillite cronica parossistica, 3 I, 112.
— faringea, 3 I, 63.
— flemmonosa, 3 I, 68, 69.
— lacunare, 3 I, 56. V. *Angina tonsillare*.
— — caseosa, 3 I, 101.
— linguale, 3 I, 12.
— parenchimatosa acuta, 3 I, 75.
Tonsillo-stafilite catarrale, 3 I, 56.
Tonsillotomia, 3 I, 116.
Topici nelle nevralgie, 6 II, 370.
Topoalgie dei neurastenici, 6 III, 450.
Topofobie, 6 III, 318, 320.
Torace dei tisici, 4 II, 37, 105.
Toracentesi nella pleurite, 4 II, 453, 470, 481.
Torcicollo acuto, 6 II, 357.
— cronico, 6 II, 357.
— intermittente, 1 II, 409.
— isterico, 6 III, 520.
— nella paralisi generale progressiva, 6 III, 42.
— posteriore, 6 II, 357.
Tornwaldt (Angina di), 4 I, 86.
Torpore cerebrale, 6 III, 139.
Torula rufescens, 1 I, 5.
Torus palatinus, 6 III, 259.
Tosse, 6 II, 359.
— asinina, 4 I, 245.
— canina, 4 I, 245.
— cavernosa, 4 II, 121.
— clangorosa di Hokes, 5 I, 472.
— convulsiva, 4 I, 292; LXII.
— crupale, 4 I, 176.
— degli isterici, 4 I, 136.
— dei tisici, 4 II, 255; LXXVIII.
— dentaria, 4 I, 291.
— di Morton, 4 II, 100.
— emetizzante, 4 II, 100, 135, 159.
— eruttante, 4 I, 200.
— epatica, 4 I, 29.
— epidemica, 4 I, 245.
— ferina, 4 I, 245.
— gastrica, 3 I, 324; 4 I, 291.
— — nei tisici, 4 II, 100, 135, 159, 260.
— isterica, 4 I, 136, 169; 6 III, 526.
— nasale, 4 I, 41, 291.
— nel cancro polmonare, 4 I, 498.
— nella bronchite, 4 I, 290.
— — capillare, 4 I, 337.
— nella dilatazione bronchiale, 4 I, 355, 360.
— nell'aneurisma aortico, 5 I, 472.
— nell'aortite, 5 I, 435, 446.
— nella pleurite, 4 II, 425.
— nella polmonite, 4 II, 323.
— nella sifilide polmonare, 4 I, 481.
— nelle idatidi polmonari, 4 I, 516.

Tosse nell'enfisema, **4** I, 428, 435.
— nell'influenza, **1** II, 323.
— nervosa centrale, **4** I, 291.
— — delle gravide, **4** II, 537.
— — laringea spasmodica, **4** I, 121; XLII.
— notturna dei bambini, **4** I, 329.
— ovina di Villanova, **5** I, 472.
— parossistica, **4** I, 292.
— soffocante, **4** I, 245.
— splenica, **4** I, 291.
— tonsillare, **3** I, 109; **4** I, 291.
— verminosa, **4** I, 291.
Tossialbumina, **1** I, 69.
— della difterite, **1** I, 69.
Tossicità del liquido idatideo, **3** II, 523.
— del sangue nell'ittero grave, **3** II, 337.
— urinaria nell'ittero grave, **3** II, 334, 337.
Tossicofobie, **6** III, 321.
Tossiemia renale, **5** II, 81.
Tossine del colèra, **1** II, 458.
— tubercolari, **4** II, 17.
Tossipeptone del colèra, **1** II, 459.
Toussaint (Teoria di), **1** I, 6.
Toxoneurosi, **1** II, 83.
Tracheismo, **4** I, 369.
Tracheotomia, **3** I, 232, 234.
— (Controindicazioni della), **3** I, 234.
— (Indicazioni della), **3** I, 234.
— nella bronchite, **4** I, 331.
— precoce, **3** I, 235.
— tardiva, **3** I, 235.
Trancazo. V. *Dengue*.
Transfert, **6** I, 171; **6** III, 494.
— a due, **6** III, 535.
— della sensibilità nel saturnismo, **2**, 642, 659.
— nell'isterismo, **6** III, 535.
— (Teoria del), **6** III, 499.
Trasformazione cavitaria delle cellule epidermiche, **2**, 323.
— della personalità, **6** III, 218.
— osteoide del polmone, **4** I, 453.
— sclerosante dei nervi nella nevrite lebbrosa, **6** II, 240.
Trasfusione d'acqua nel colèra, **1** II, 498.
— del sangue, **2**, 571; **4** I, 402; **6** III, 137.
— — nell' avvelenamento da ossido di carbonio, **2**, 720.
— — nell'anemia perniciosa progressiva, **2**, 571.
— — nella linfadenia, **2**, 602.
— (Indicazioni e controindicazioni della), **1** II, 499.
— nella malinconia, **6** III, 137.
Trasfusione nell'anemia cerebrale, **6** I, 132.
— nell'avvelenamento da solfuro di carbonio, **2**, 724.
— nervosa, **6** III, 137.
Trasmissione interplacentare della malaria, **1** II, 360.
— — della polmonite, **4** II, 336.
— — della rabbia, **1** II, 81.
— — della risipola, **2**, 229, 245, 250.
— — della scarlattina, **2**, 75.
— — della sifilide, **2**, 287.
— — della tubercolosi, **4** II, 10, 25.
— — delle malattie infettive, **2**, 75, 287; **4** II, 25, 336.
Traube (Afonia spasmodica di), **4** I, 125.
— (Riflesso psichico di), **3** I, 36.
— (Spazio semilunare del), **4** I, 387; **4** II, 430.
— (Teoria di), **5** II, 97.
Traumi cerebrali, **4** I, 384.
— del cranio e paralisi generale progressiva, **6** III, 13.
— e malaria, **1** II, 60.
— e malattie, **1** I, 52.
— e tubercolosi, **4** II, 55.
Tregue della tubercolosi, **4** II, 173.
Treitz (Teoria di, sull'uremia), **5** II, 97.
Trementina nella gangrena dei bronchi, **4** I, 343.
— nella difterite, **3** I, 218.
— nelle bronchiti, **4** I, 295, 308; LXVII, LXXI.
— nell'emottisi dei tisici, **4** II, 256.
— nell'influenza, **1** II, 338.
Tremito fibrillare della lingua nel delirio acuto, **6** III, 162, 164.
— nella malattia di Friedreich, **6** I, 419.
— nella siringomielia, **6** I, 455.
— nel saturnismo, **2**, 640.
— nel tabagismo, **2**, 713.
— nel tifo petecchiale, **2**, 19.
— postemiplegico, **6** I, 43.
Tremolio vibratorio di Charcot nell' idrargirismo, **2**, 657.
Tremolo-terapia, **6** III, 136.
Tremore dei neurastenici, **6** III, 447.
— delle corde vocali nella sclerosi a piastre, **6** I, 348.
— intenzionale, **6** I, 343.
— isterico, **6** III, 523.
— linguale nella sclerosi a piastre, **6** I, 347.
— massivo, **6** I, 343.
— mercuriale, **2**, 656, 657; **6** I, 355.
— muscolare nel delirio alcoolico, **2**, 691.
— nell'alcoolismo, **2**, 693; **6** III, 182.
— nella meningite spinale, **6** II, 76.

Tremore nella paralisi agitante, **6** III, 426.
— — generale progressiva, **6** III, 30, 36.
— nella pellagra, **6** I, 313.
— nella sclerosi a piastre, **6** I, 343, 348.
— nelle neuriti, **6** II, 199.
— nel morbo di Basedow, **6** II, 465.
— segmentario, **6** I, 343.
— tossico, **6** III, 55.
— vibratorio nella mania, **6** III, 94.
Triade sintomatica di Grancher, **4** II, 107, 168, 194.
— — di Hutchinson, **2**, 294.
— — di Laënnec, **4** II, 117.
— — meningitica, **6** II, 16, 37, 48.
Tribadismo, **6** III, 340.
Tribromuro di allile nell'*angina pectoris*, **5** I, 326.
Trichina, **1** I, 19.
— nel cuore, **5** I, 137.
Trichinosi, **1** II, 263; **6** II, 273.
Trichomonas intestinalis, **3** II, 131.
Trichophyton tonsurans, **2**, 185.
— (Colorazione del), **2**, 334.
— (Colture del), **2**, 334.
— (Spore del), **2**, 334.
Tricocefalo, **3** II, 164.
Tricofizia, **2**, 333; xv.
— circinnata, **2**, 333, 338.
— del cuoio capelluto, **2**, 335.
— del palmo della mano, **2**, 339.
— disseminata, **2**, 336.
— generalizzata, **2**, 428.
— ungueale, **2**, 341. V. *Onicotricofizia*.
Tricoma, **2**, 330.
Tricotismo nell'atrofia facciale progressiva, **6** III, 631.
Trinitrina nei vizi di cuore, **5** I, 206, 230; XCI.
— nell'*angina pectoris*, **5** I, 326; XCV.
— nell'emicrania, **6** III, 625; CXV.
— nelle nefriti, **5** II, 235.
— nell'epilessia; CXIV.
— nelle nevralgie; CIX.
Trional nella tabe; CVI.
Tripode meningitico. V. *Triade sintomatica meningitica*.
Tripsina, **4** I, 342.
Trisma, **6** II, 354.
— dei neonati, **6** III, 559.
— nella meningite tubercolare, **6** II, 46.
— nel tetano, **6** III, 559, 565.
— riflesso, **6** II, 355.
Tristezza nella paralisi generale progressiva, **6** III, 28.
Tristomania. V. *Malinconia*.
Trofoneurosi, **1** I, 246.
— facciale, **6** III, 627.
Trogloditismo e tubercolosi, **4** II, 57.
Tromboflebite dei seni cerebrali, **6** II, 70.
Trombosi, **5** I, 350, 356.
— arteriosa, **5** I, 358.
— della vena porta, **3** II, 385.
— delle giugulari nella tonsillite flemmonosa, **3** I, 73.
— infettiva, **5** I, 357.
— intracardiaca nell'endocardite, **5** I, 173.
— marantica, **5** I, 352.
— microbica, **1** I, 123.
— venosa, **5** I, 358.
— — nel colèra infantile, **3** II, 25.
Tromografo di Ughetti, **6** III, 37.
Trousseau (Adenia di), **2**, 574, 587; **4** II, 278.
— (V. *Bruit d'airain di*).
— (Roseola di), **2**, 117.
— (Sintomo di), **6** II, 515.
Trovatelli e degenerazione, **6** III, 255.
Tubercolina di Koch, **1** II, 139; **2**, 369, 516; **4** II, 218.
— nel liquido delle pleuriti, **4** II, 422.
Tubercolizzabili, **4** II, 36.
Tubercolo, **1** I, 109.
— anatomico, **2**, 359; **4** II, 26.
— caseoso, **1** II, 129; **4** II, 71, 84.
— cerebrale, **4** II, 143; **6** I, 218; **6** II, 51.
— crudo, **4** II, 71.
— cutaneo, **2**, 323.
— del cervelletto, **6** I, 240.
— della protuberanza, **6** I, 264.
— del midollo, **6** I, 474, 498.
— di Darwin, **6** III, 259.
— di guarigione, **4** II, 33, 93, 95.
— di Laënnec, **1** II, 123.
— d'inoculazione, **1** II, 14.
— elementare, **1** II, 124.
— fibroso, **4** II, 72, 93.
— giallo, **4** II, 71.
— gigante, **4** II, 198.
— grigio, **1** II, 129.
— incapsulato, **4** II, 72, 93.
— intestinale, **3** II, 35.
— lebbroso, **2**, 377.
— massivo, **4** II, 198.
— meningeo, **6** II, 27.
— miliare, **1** II, 129; **4** II, 71, 84.
— pneumonico, **4** II, 198.
— stazionario, **3** II, 213.
Tubercolosi, **1** I, 73; **1** II, 109; **4** II, 4.
— acuta del pericardio, **5** I, 58.

Tubercolosi (Agenti di contagio della), 4 II, 20.
— aviaria, 1 II, 112; 4 II, 13, 16.
— (Bacillo della), 4 II, 13. V. *Bacillo di Koch*.
— caseosa della tonsilla, 3 I, 105.
— (Complicazione della), 4 II, 124.
— congenita, 1 II, 122; 4 II, 29.
— coniugale, 1 II, 120.
— consecutiva a morbillo, 2, 106.
— (Cura della), 1 II, 137.
— cutanea, 2, 356; XVII.
— da inalazione, 4 II, 196.
— degli animali, 1 II, 31, 112; 4 II, 13.
— dei bambini, 4 II, 202, 263.
— dei ganglii bronchiali, 4 II, 275, 287.
— del fegato, 1 I, 76.
— dell'esofago, 3 I, 442.
— dello stomaco, 4 II, 141.
— dell'ulivo, 1 I, 14.
— del naso, 4 I, 180.
— del pancreas, 3 I, 422.
— e gravidanza, 4 II, 543.
— epatica, 3 II, 476.
— — sperimentale, 3 II, 477, 479.
— genitale, 5 II, 265.
— genito-urinaria, 5 II, 264.
— ghiandolare, 2, 601.
— gommosa, 2, 361.
— guarita, 4 II, 69.
— infantile, 4 II, 202, 263.
— — precoce, 4 II, 30.
— (Inoculazione sperimentale della), 1 II, 114.
— intestinale, 2, 601.
— laringea, 4 II, 96, 125, 176; LIX.
— locale, 1 II, 111.
— mammaria, 4 II, 152.
— meningea, 1 II, 263.
— miliare acuta, 1 II, 263; 4 II, 179, 187, 193, 195.
— — — del peritoneo, 3 II, 211.
— — — e febbre tifoide, 3 II, 221.
— — — faringo-laringea, 4 I, 207.
— — — soffocante, 4 II, 191.
— — delle meningi, 6 II, 27.
— — del rene, 5 II, 262.
— polmonare, 4 II; LXXIV.
— — e gravidanza, 4 II, 543.
— profilassi, 1 II, 135; 4 II, 265.
— renale, 5 II, 261.
— tonsillare, 4 II, 135.
— (Tossine della), 1 I, 72.
Tubercolosi (Trasmissione dagli animali all'uomo), 1 II, 117.
— (Trasmissione sperimentale della), 1 II, 114; 4 II, 10.
— traumatica, 4 II, 55.
— ulcerosa della pelle, 2, 357.
— (Unità istologica della), 1 II, 110.
— vaccinale ? 2, 187.
— verrucosa, 2, 359.
— vertebrale. V. *Malattia di Pott*.
— (Vie di propagazione nell'organismo della), 4 II, 12.
Tubi di Leiter, 1 II, 269.
Tubo di Faucher, 2, 673; 3 I, 24.
— semirigido di Debove, 3 I, 244.
Tumefazione a collare nell'aneurisma aortico, 5 I, 472.
— delle estremità nel vaiuolo, 2, 147.
— trasparente del fegato, 1 II, 462.
— — delle cellule epatiche, 3 II, 494.
Tumenol nell'eczema; XXI.
— nel prurito; XIX.
Tumore bianco articolare, 3 II, 210.
— catarrale laringeo, 4 I, 160.
— cerebrale, 6 I, 212.
— del bulbo, 6 I, 297.
— del cervelletto, 6 I, 226, 240.
— della protuberanza, 6 I, 263.
— delle meningi spinali, 6 I, 475.
— del midollo, 6 I, 474.
— dorsale del pugno, 6 II, 343.
— — — nel saturnismo, 2, 642.
— maligno del testicolo, 2, 601.
— parotideo negli orecchioni, 2, 214.
— pastoso di Roth, 6 I, 459.
— primitivo dei ganglii mediastinici, 4 II, 277.
— secondario dei ganglii mediastinici, 4 II, 277.
— tubercolare della laringe, 4 I, 204.
— vascolare dell'encefalo, 6 I, 218.
Turaccioli di Dittrich, 4 I, 340.
— micotici, 4 I, 340.
Turbe neuropsichiche della menopausa, 6 III, 265.
Turbith nella tricofizia, 2, 338; XV.
Turgore inspiratorio delle vene del collo, 5 I, 55.
Typhus laevissimus, 1 II, 533.
Tyrotoxicon di Vaughan, 3 II, 22.

U

Uffelmann (Reattivo di), 3 I, 247.
Ugola bifida, 3 I, 143.
Ulcera del frenulo linguale nella pertosse, 4 I, 253.
— del polmone, 4 I, 446.
— d'erosione, 2, 300.
— difteroide, 2, 300.
— di Hunter, 2, 269.
— dura, 2, 269.
— ectimatosa, 2, 301.
— follicolare, 2, 301.
— gastrica, 3 I, 352; XXXV.
— — sperimentale, 3 I, 357.
— infettante, 2, 269.
— intrauretrale, 2, 311.
— mista, 2, 275, 304.
— molle, 2, 300.
— — del collo uterino, 2, 301.
— — estragenitale, 2, 301.
— — mammaria, 2, 301.
— — multipla, 2, 301.
— — sperimentale, 2, 302.
— papulosa, 2, 300.
— perforante del setto nasale, 4 I, 17.
— scorbutica, 2, 610.
— semplice, 3 I, 346.
— — cronica, 3 I, 346.
— — del duodeno, 3 I, 349, 365.
— — dell'esofago, 3 I, 349, 366.
— — multipla, 3 I, 349.
— — rotonda, 3 I, 346.
— sifilitica, 2, 269.
— tisiogena, 4 II, 12.
— tubercolare, 1 II, 114.
— varicosa nelle gravide, 5 I, 508.
— vegetante, 2, 301.
— venerea, 2, 274.
Ulcerazione biliare perforante, 3 II, 302.
— cavernosa del polmone, 4 I, 463.
— della carotide interna, 4 I, 73.
— della mascellare interna nell'angina flemmonosa, 3 I, 73.
Ulcerazioni catarrali dell'intestino, 3 II, 10.
— circolari dell'intestino nella dissenteria, 3 II, 115.
— follicolari dell'intestino, 3 II, 10.
— — nella gastrite catarrale cronica, 3 I, 318, 322.
— imaginarie della lingua, 3 I, 5.
Ulcerazioni intestinali, 3 II, 55, 60.
— nella linfadenite aleucemica cutanea, 2, 595.
— sifilitiche terziarie, 2, 304.
— tubercolari nell'intestino, 3 II, 35.
Uleritema acneiforme (Unna), 2, 372, 471.
Unghia ippocratica, 6 II, 504.
Uralio nella mania; CXI.
Uranismo, 6 III, 337.
Uremia, 4 I, 299; 5 II, 81.
— acuta o fulminante, 5 II, 82.
— anurica, 5 II, 93.
— apoplettica, 5 II, 82.
— articolare, 5 II, 92.
— comatosa, 5 II, 82, 85.
— convulsiva, 5 II, 83.
— cronica, 5 II, 88, 223.
— dispnoica, 5 II, 86.
— epatica progressiva, 3 II, 500.
— lenta nel rene policistico, 5 II, 320.
— mortale nella difterite, 3 I, 195.
— nella scarlattina, 2, 65.
— per anuria, 5 II, 93.
Uretano; CX.
— nel tifo; VII.
— — ricorrente; VII.
Ureterite, 5 II, 345.
— sclerosa, 5 II, 358.
Uretrite blenorragica, 2, 310.
— — cronica, 2, 312.
— semplice, 2, 311.
Uretrorragia, 5 II, 111.
Uricemia, 1 I, 447; 2, 532.
Urina degli alcoolisti, 2, 689.
— dei tisici, 4 II, 153.
— emafeica, 3 II, 266.
— epatica, 3 II, 415.
— febbrile, 5 II, 66.
— itterica, 3 II, 263.
— negli obesi, 1 I, 335, 344.
— nei gastrectasici, 3 I, 342.
— nel bromismo, 2, 488.
— nel cancro, 1 I, 258.
— — dello stomaco, 3 I, 389.
— nel diabete, 1 I, 377, 393.
— nel fosforismo, 2, 672.
— nella cirrosi alcoolica venosa, 3 II, 419.
— — ipertrofica, 3 II, 430.
— nella clorosi, 1 I, 258; 2, 543.

Urina nella confusione mentale, **6** III, 149.
— nella difterite, **3** I, 187.
— nella febbre, **1** I, 254.
— — gialla, **1** II, 510.
— — ricorrente, **1** II, 552.
— nella gotta, **1** I, 457.
— nella malaria, **1** II, 399.
— nella malinconia, **6** III, 118.
— nella mania, **6** III, 95.
— nella miliare, **2**, 203, 206.
— nella nefrite subacuta, **5** II, 189.
— nell'anemia perniciosa progressiva, **2**, 562.
— nella paralisi generale progressiva, **6** III, 49.
— nella polmonite, **4** II, 327.
— nella rabbia, **1** II, 90.
— nella scarlattina, **2**, 52, 64.
— nella sclerosi a piastre, **6** I, 347.
— nella sifilide, **2**, 277.
— nella tabe, **6** I, 393.
— nella tachicardia essenziale, **5** I, 342.
— nella tetania, **6** II, 523.
— nel tifo, **1** II, 229, 233, 279.
— nella tubercolosi, **4** II, 153.
— — renale, **5** II, 268.
— — urinaria, **1** I, 33.
— nell'avvelenamento da ossido di carbonio, **2**, 715.
— nelle aortiti, **5** I, 438.
— nelle coliche epatiche, **3** II, 294.
— nelle congestioni epatiche, **3** II, 347, 351.
— nelle gastropatie, **3** I, 268.
— nelle infezioni, **1** I, 138.
— nelle malattie del fegato, **3** II, 247.
— nelle meningiti, **6** II, 18, 41.
— nelle neuriti, **6** II, 220.
— nell'erisipela, **2**, 240.
— nelle steatosi epatiche, **3** II, 499.
Urina nell'influenza, **1** II, 328.
— nell'insolazione, **2**, 783.
— nel iodismo, **2**, 488.
— nell'isterismo, **6** III, 528, 529.
— nell'itterizia, **3** II, 257.
— nell'ittero catarrale, **3** II, 321.
— — grave, **3** II, 331, 332.
— nel morbillo, **2**, 94.
— nel morbo di Basedow, **6** II, 466.
— nel morfinismo, **2**, 701.
— nel rachitismo, **1** I, 316.
— nel rene amiloide, **5** II, 53, 356.
— — cardiaco, **5** II, 145.
— nel reumatismo articolare acuto, **5** II, 17, 35.
— nel saturnismo, **2**, 635, 638.
— nel tetano, **6** III, 563.
— nel tifo esantematico, **2**, 20.
— nel vaiuolo, **2**, 144.
Urli nella rabbia, **1** II, 94.
Urobilina, **3** II, 268.
Urobilinuria, **3** II, 268.
Urogenesi, **3** II, 244, 253.
Uronecroorgania, **1** II, 472.
Urosettiorgania, **1** II, 472.
Urotossia, **5** II, 102.
Urticaria *ab ingestis*, **2**, 483.
— balsamica, **2**, 484.
Urticazione nel colèra, **1** II, 496.
Urto diastolico, **5** I, 79.
— — nella miocardite, **5** I, 107.
— — nella sinfisi cardiaca, **5** I, 52.
— sistolico, **5** I, 52.
Usura delle cartilagini, **1** I, 484.
Utero nella polmonite, **4** II, 306, 308.
Utilità della febbre gottosa, **1** I, 454.
Utopisti, **6** III, 302.

V

Vaccinazione anticarbonchiosa, **1** II, 18, 26.
— — e tubercolosi, **1** II, 137.
— anticolerica, **1** II, 495.
— antidifterica, **3** I, 163.
— antimorvosa, **1** II, 71.
— antirabbica, **1** II, 102.
— antivaiuolosa, **2**, 128, 161.
— congenita, **1** I, 47.
— contro la febbre gialla, **1** II, 514.
— e gravidanza, **2**, 193.
— e tubercolosi, **4** II, 26.
Vaccinazione nella risipola, **2**, 228.
— tubercolare, **4** II, 68, 118.
Vaccinazioni in Italia, **2**, 255.
Vaccini, **1** I, 180.
— chimici, **1** I, 161, 211.
Vaccino, **2**, 179.
— animale, **2**, 192, 196.
— emorragico, **2**, 184.
— e vaiuolo, **1** II, 6; **2**, 42.
— generalizzato, **2**, 183.
— sifiloide, **2**, 184, 291.

Vaccino ulceroso, **2**, 185, 275.
— umanizzato, **2**, 192, 193.
Vaginismo, **6** III, 265.
Vaginite blenorragica, **2**, 314.
— difterica sperimentale, **3** I, 165.
Vaiuolo, **2**, 127; X.
— attenuato, **2**, 145.
— coerente, **2**, 147.
— coerente-confluente, **2**, 148.
— confluente, **2**, 145.
— congenito, **1** I, 39.
— corimbiforme, **2**, 145.
— della dentizione (Pfeiffer), **2**, 178.
— e gravidanza, **2**, 151.
— e morbillo, **2**, 42.
— emorragico, **2**, 136, 148, 150.
— ereditario, **2**, 129.
— e scarlattina, **2**, 42.
— fetale, **2**, 151.
— flittenoide di Desnos, **2**, 160.
— miliare, **2**, 145.
— regolare o discreto, **2**, 139.
— ripullulante di Féréol, **2**, 160.
— vaccino, **2**, 188.
— vescicolare, **2**, 145.
Vaiuoloide, **2**, 150, 177.
Valeriana nei vizi di cuore, **5** I, 230.
— nel cardiopalmo dell'ipertrofia di cuore, **5** I, 80; LXXXVII.
— nel colèra; VI.
— nel diabete, **1** I, 433, 437; III.
— nel mal di mare, **6** III, 675.
— nella neurastenia; CXIII.
— nella tachicardia, **5** I, 345.
— nella tifoide, **1** II, 281.
— nell'eretismo cardiaco, **5** I, 204; LXXXIX.
Valerianato d'amile nell'asma, **4** I, 240.
Variabilità di virulenza degli agenti patogeni, **1** I, 62.
Varicella, **2**, 168.
— emorragica, **2**, 176.
— gangrenosa, **2**, 176.
— nell'adulto, **2**, 175.
— pemfigoide, **2**, 174.
— purpurea, **2**, 174.
— ulcerosa, **2**, 176.
Varici dell'esofago, **3** I, 451, 463; **3** II, 406.
— — nella cirrosi, **3** II, 422.
— e gravidanza, **5** I, 507.
Varicocele sintomatico, **5** II, 297.
Vasa vasorum, **5** I, 369, 391.
Vaugan (*Tyrotoxicon* di), **3** II, 22.
Vegetazioni o tumori adenoidi della faringe; III. V. *Ipertrofia della tonsilla faringea*.
Veleni alimentari, **6** III, 176.
— dell'intelligenza, **2**, 699.
— microbici, **1** I, 252.
— psichici, **6** III, 170.
— steatogeni, **5** I, 95.
Veleno dei serpenti, **4** I, 382.
— difterico, **3** I, 159.
Velvetico (Stato di), **4** I, 201.
Ventosa di Junod, **5** I, 329.
Ventose scarificate nel morbillo, **2**, 116.
Ventre a barca nella meningite, **6** I, 131; **6** II, 25, 37.
— di batrace nell'ascite, **3** II, 169.
Veratrina nella polmonite, **4** II, 348.
— nel prurito; XIX.
— nelle nevralgie; CVIII.
Veratro verde nella tachicardia, **5** I, 345; XCVII.
Verbigerazione nella confusione mentale, **6** III, 148.
— nella mania, **6** III, 90.
Versamento pericarditico, **5** I, 15.
Vertigine *ab aure laeso*, **6** I, 348. V. *Morbo di Menière*.
— *a stomacho laesa*, **3** I, 266; **6** I, 247.
— a tipo continuo, **6** III, 540.
— auricolare **6** III, 537.
— congestizia, **6** I, 33.
— dei neurastenici, **6** III, 446.
— di Menière. V. *Morbo di Menière*.
— epilettica, **6** III, 464.
— gastrica di Trousseau, **6** I, 129; **6** III, 475.
— isterica, **6** III, 511.
— labirintica, **6** III, 475.
— laringea di Charcot, **4** I, 137; **6** II, 217.
— nei tumori cerebrali, **6** I, 223.
— nei tumori del cervelletto, **6** I, 242.
— nella dilatazione di stomaco, **3** I, 340.
— nella paralisi generale progressiva, **6** III, 62.
— nella siringomielite, **6** I, 461.
— nelle malattie del cervelletto, **6** I, 235.
— nell'insufficienza aortica, **5** I, 217.
— nel morbo di Friedreich, **6** I, 421.
— nel polso raro permanente, **6** III, 556.
— nel tifo esantematico, **2**, 18.
— neurastenica, **6** III, 475.
— oculare, **6** II, 331.
— ottica e mal di mare, **6** III, 671.
— premonitoria dell'attacco gottoso, **1** I, 452.
— tenebrosa, **6** I, 222.
Vertigini riflesse, **6** III, 539, 673.
Vesania confusionale, **6** III, 142.
— paralitica progressiva, **6** III, 33.
Vescicola, **2**, 323.

Vescicola d'echinococco di seconda generazione, 3 II, 506.
— di vaiuolo, 2, 131.
— di ombellicazione inferiore di Weigert, 2, 131.
— miliare nella scarlattina, 2, 51.
Vespaio del Dubini, 2, 336.
Vibrazione d'apertura della mitrale nella stenosi mitrale, 5 I, 241.
Vibrione di Gamaleïa, 1 II, 455.
— di Metschnikoff, 1 I, 79; 1 II, 455.
— settico nell'acqua, 1 I, 24, 30.
— — nel sangue, 2, 513.
Vidaillet (Anello di), 1 II, 510.
Vie di propagazione della sifilide, 2, 265.
Violetto di metile nella difterite, 3 I, 219.
Viraginità, 6 III, 260.
Virchow (Teoria della coagulazione di), 5 I, 352.
Virifobia, 6 III, 320.
Visionari, 6 III, 300.
Visione mentale nella malinconia, 6 III, 111.
Vitiligine, 2, 456.
— sifilitica, 2, 281.
Vizi di cuore combinati, 5 I, 290.
Voce amigdalica, 3 I, 57, 91.
— ansante, 4 II, 200.
— colerica, 1 II, 503.
— da eunuco, 4 I, 13.
— di pulcinella, 4 II, 431.
— di zampogna, 4 II, 431.
— nasale nella paralisi labio-glosso-laringea, 6 I, 276.
— nella malinconia, 6 III, 113.
— tonsillare, 3 I, 110.
— velata, 4 I, 201.
Vogel (Regime di), 1 I, 350.
Volontà nella malinconia, 6 III, 113.
Vomica bronchiale, 4 II, 353.
Vomiche nella pleurite metapneumonica, 4 II, 478.
Vomitivi; XXXI.
— nella miliare, 2, 211.
— nella pericardite, 5 I, 44.
— nella pertosse, 4 I, 266; LXVI.
— nella risipola, 2, 251.
— — nell'avvelenamento da fosforo, 2, 673.
Vomitivi nell'influenza, 1 II, 336.
— nello pseudotifo, 1 II, 540.
Vomito, 3 I, 263.
— cerebrale, 6 I, 222.
— dei tisici, 4 II, 100, 135, 159, 165, 260.
— delle gravide, 3 I, 301.
— grasso pancreatico, 3 I, 413.
— incoercibile delle gravide, 3 I, 302, 303.
— — — ed isterismo, 3 I, 304.
— — in gravide con cancro dello stomaco, 3 I, 408.
— — nella meningite tubercolare, 3 I, 305.
— — nelle gastropatie, 3 I, 305.
— — nelle malattie del fegato, 3 I, 305.
— — nell'uremia, 3 I, 305.
— — nel rammollimento cerebrale, 3 I, 304.
— isterico, 6 III, 527, 535.
— mattutino nell'alcoolismo, 2, 693.
— meccanico delle gravide, 3 I, 301.
— negli orecchioni, 2, 219.
— nei tumori cerebellari, 6 I, 242.
— nel cancro del pancreas, 3 I, 433.
— nel cancro dello stomaco, 3 I, 285.
— nella compressione del midollo, 6 I, 490.
— nella dilatazione gastrica, 3 I, 338.
— nella meningite, 6 II, 16, 37, 48.
— nella peritonite acuta, 3 II, 192.
— nella pertosse, 4 I, 254.
— nella scarlattina, 2, 50.
— nelle lesioni cerebellari, 6 I, 237.
— nell'emicrania, 6 III, 613, 623.
— nelle periepatiti, 3 II, 378.
— nell'influenza, 1 II, 326.
— nell'occlusione intestinale, 3 II, 78.
— nell'ulcera gastrica, 3 I, 361.
— nel morbo d'Addison, 5 II, 371.
— nel vaiuolo, 2, 140.
— nero nel cancro dello stomaco, 3 I, 395.
— — nella febbre gialla, 1 II, 507.
— nervoso, 3 I, 280.
— porraceo nell'appendicite, 3 II, 51.
— posatura di caffè, 1 II, 508.
— simpatico delle gravide, 3 I, 30.
— uremico, 5 II, 84.
Vuillemin (V. *Batteriocecidie di*).
Vulvite blenorragica, 2, 314.
— erosiva, 2, 275.

W

Waldenburg (Apparecchio di), **4** I, 294, 433, 439.
Weber (Sindrome di), **6** I, 27, 52, 265; **6** II, 97, 326.
Weil (Malattia di), **3** II, 324; **4** I, 388.
Weir-Mitchell (Malattia di), **6** II, 494, 500.
Welsch (Edema del polmone di), **4** I, 391.
Werlhof (Malattia di), **2**, 415.
Wernicke (Alessia sottocorticale di), **6** I, 23, 124.
Westphal (Segno di), **6** I, 373; **6** II, 221, 266, 267.
Wilson (Lichen di), **2**, 454.
Wintrich (Segno di), **4** I, 355; **4** II, 118.
Woillez (Cirtometro di), **4** I, 434; **4** II, 426.
— (Malattia di), **4** I, 378, 385.

X

Xantelasma, **2**, 462.
— nelle malattie del fegato, **3** II, 264.
Xantocromia, **2**, 464.
Xantoma, **2**, 462.
— a tumori, di Besnier, **2**, 463, 465.
— degli epatici, **2**, 464.
— dei diabetici, **1** I, 375; **2**, 464.
Xantoma piano, **2**, 462.
— — delle palpebre, **2**, 464.
— tuberoso, **2**, 463.
Xantosi, **4** I, 63.
Xeroderma pigmentario, **2**, 397, 477.
Xerodermia pilare, **2**, 392.

Z

Zaffi di Dittrich, **5** I, 340.
Zander (Apparecchio di), **6** III, 612.
Zelantismo politico, **6** III, 297.
Ziehl (Metodo di), **4** II, 14.
Zimmer (Teoria di, nel diabete), **1** I, 421.
Zinco nelle nevralgie dello zoster; CIX.
Zona, **2**, 445.
— acromica della vitiligine, **2**, 281.
— di degenerazione traumatica, **6** I, 434.
— iperestetica epigastrica nell'isterismo, **6** III, 525, 501.
— — nel saturnismo, **2**, 641.
Zona isterogena, **6** III, 515.
— oftalmica, **2**, 242.
— psicomotoria, **6** I, 153.
— silenziosa o indifferente, **6** I, 15.
— spasmo-frenatrice, **6** III, 535.
— tossigena, **4** I, 291.
Zoofilia, **6** III, 321.
Zoofobia, **6** III, 321.
Zooglee, **1** I, 9.
Zoonosi, **1** II, 3.
Zoster. V. *Zona*.